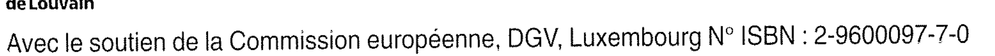
PREVENTION, MEDECINE GENERALE ET MILIEUX DEFAVORISES

ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES



SÉMINAIRE EUROPÉEN 23 AU 25 OCTOBRE 1997 BRUXELLES

Sous la direction de
Pascale HEREMANS
Alain DECCACHE
UCL - RESO


Avec le soutien de la Commission européenne, DGV, Luxembourg N° ISBN : 2-9600097-7-0

AVERTISSEMENT

Ce projet a été en partie subsidié par la Commission des Communautés Européennes, direction générale de la Santé Publique, DGV.

Pour obtenir davantage d'informations :

Université catholique de Louvain
Unité d'Education pour la Santé - RESO
Prof. A. DECCACHE / Dr. P. HEREMANS
Avenue Mounier 5070
1200 Bruxelles - Belgique
Tél. 32 (0)2 764 50 70
Fax 32 (0)2 764 50 74

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement

les participants au séminaire européen "Prévention, médecine générale et milieux défavorisés", et plus particulièrement, ceux qui ont participé activement à l'élaboration de ce projet;

les médecins généralistes ayant accepté de se faire interroger sur leur pratique en prévention et milieux défavorisés;

Madame N. Joris-Dessy pour l'organisation du séminaire et la mise en forme de ce rapport;

enfin, la Commission Européenne, sans qui ce projet n'aurait pu avoir lieu.

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE

ACTES DU SEMINAIRE

P. HEREMANS et A. DECCACHE

INTRODUCTION

Dans une approche de type santé publique, en matière de prévention, les professionnels de la santé se basent sur des recommandations identiques et générales, touchant l'ensemble de la population. Toutefois, les résultats actuels de la prévention laissent penser que de tels messages profitent mieux aux milieux les plus favorisés, finalement, à ceux qui en auraient le moins besoin. Après le risque d'une médecine à deux vitesses... celui d'une éducation pour la santé à deux vitesses ?

Cette constatation est à l'origine du projet "Prévention, médecine générale et milieux défavorisés : analyse et conception d'outils d'aide à la prévention".

En matière de prévention, les recommandations doivent s'adapter le mieux possible aux modes de vies et aux conditions culturelles, sociales, économiques, psychologiques de l'individu. En milieux défavorisés, le médecin généraliste est un des professionnels de la santé ayant une position stratégique en matière de prévention, de par son accessibilité, mais aussi par le fait qu'il soit le plus au courant du vécu de ces patients. Mais, a-t-il conscience de cette position ? Comment cela se passe-t-il en pratique ? Nous savons en effet que le fossé socio-culturel séparant le soignant du soigné rend la communication particulièrement difficile entre le médecin et ce groupe grandissant de la population que constituent les personnes défavorisées.

1. DESCRIPTION GENERALE DU PROJET

Réunissant des partenaires de trois pays européens (Belgique, France, Luxembourg), ce projet s'est déroulé en plusieurs étapes :

1.1. Revue de la littérature
1.2. Analyse de la situation auprès de médecins généralistes belges et européens
1.3. Réunions, concertations et échanges de documents entre les partenaires du projet
1.4. Organisation d'un séminaire européen, réunissant des médecins généralistes de différents pays d'Europe.

1.1. La revue de la littérature

La revue de la littérature nous a permis de mieux :
- définir les populations défavorisées
- connaître l'état de santé des populations défavorisées
- identifier les comportements à risque de maladies en milieux défavorisés
- identifier les facteurs favorisant les comportements à risque en milieux défavorisés
- identifier les attitudes, comportements et obstacles à la prévention en médecine générale, dans la population en général, et dans les milieux défavorisés en particulier.
- trouver des pistes de solutions pour améliorer la prévention dans les milieux défavorisés par la consultation de médecine générale

1.2. L'analyse de la situation auprès des médecins généralistes belges

Une enquête de type qualitatif exploratoire par interview auprès de médecins généralistes belges a permis :
- de voir ce qu'était pour le médecin généraliste "un patient défavorisé";
- d'identifier les difficultés rencontrées par le médecin dans le cadre de la relation soignant-soigné dans le contexte des populations défavorisées, et de dégager des pistes pour améliorer cette relation;
- d'identifier les obstacles à la prévention en médecine générale dans la population en général, et dans les milieux défavorisés en particulier;
- de dégager des pistes pour améliorer la prévention dans les milieux défavorisés par la consultation de médecine générale.

1.3. Les rencontres avec les partenaires du projet

Quatre rencontres ont eu lieu entre les partenaires européens. Ces réunions se sont déroulées à Bruxelles, les 31 janvier 97, 24 et 25 juin 97, 10 septembre 97, et 23 octobre 97 et ont permis :

- de confronter les pratiques, expériences, complémentarités et points de vue dans le domaine de la prévention en milieux défavorisés
- d'échanger des documents utiles à la revue de la littérature
- de préparer le séminaire

1.4. Le séminaire européen

Le séminaire européen, qui s'est déroulé du 23 au 25 octobre 97, avait pour objectifs:
- la confrontation des pratiques préventives entre confrères européens
- l'échange de difficultés rencontrées et de solutions apportées

- la rencontre d'autres professionnels de la santé concernés par la problématique de la prévention dans les milieux défavorisés
- la recherche de pistes pour améliorer la prévention dans les milieux défavorisés en consultation de médecine générale.

2. ORGANISATION DU PROJET

Le projet "Prévention, médecine générale et milieux défavorisés : analyse et conception d'outils d'aide à la prévention" a été mené par le RESO, Unité d'Education pour la Santé de l'Université catholique de Louvain, Faculté de Médecine à Bruxelles.

Ce projet s'est déroulé en un an, du 1 décembre 96 au 1 décembre 97.

La direction générale du projet a été assurée par le Prof. Dr. Alain Deccache (RESO-UCL, Belgique), avec comme chercheur principal le Dr. Pascale Heremans (RESO-UCL, Belgique). Les autres partenaires du projet étaient M. JM. Barnich (Croix-Rouge, Luxembourg), Dr. L. Berghmans (Observatoire de Santé du Hainaut, Belgique), Dr. J. Laperche (Fédération des Maisons Médicales, Belgique), Dr. JL. Grenier (IRPEPS, Roubaix, France), Dr. F. Martin (UPE Dreux, France), Dr. B. Sandrin-Berthon (CFES, Paris, France).

Les partenaires du projet

Belgique

RESO Unité d'Education pour la Santé Université catholique de Louvain Centre Faculté, -1 av E. Mounier, 50 1200 Bruxelles	Prof. Dr A. DECCACHE, directeur du projet Tel : 32.2.764.50.70 fax : 32.2.764.50.74 Dr P. HEREMANS, chercheur principal Tel : 32.2.764.50.77 Fax : 32.2.764.50.74
OBSERVATOIRE DE LA SANTE DU HAINAUT Rue St Antoine, 1 7021 Havre	Dr L. BERGHMANS Tel : 32.65.87.27.00 Fax : 32.65.87.27.23
FEDERATION DES MAISONS MEDICALES Chaussée de Waterloo, 255/12 1060 Bruxelles	Dr J. LAPERCHE Tel : 32.2.534.44.46 Fax : 32.2.534.20.97

France

CFES Rue Auguste Comte, 2 92170 Vanves	Dr B. SANDRIN-BERTHON Tel : 33.1.41.33.33.33 Fax : 33.1.41.33.33.90
CENTRE HOSPITALIER av du Président Kennedy, 44 28000 Dreux Cedex	Dr F. MARTIN Tel : 32.2.37.51.53.10 Fax : 33.2.37.51.53.97
IRPEPS Bd Lacordaire, 26 59056 Roubaix Cedex 1	Dr J-L. GRENIER Tel : 33.3.20.99.30.40 Fax : 33.3.20.99.30.05

Luxembourg

60, rue CM Spoo 4323 Esch s/ Alzette	M. J-M. BARNICH Tel : 352.021.242.271 Fax : 352.45.72.69

3. PRESENTATION DU RAPPORT "PREVENTION, MEDECINE GENERALE ET MILIEUX DEFAVORISES"

Le présent rapport est composé de 5 chapitres.

Le premier chapitre est consacré à la définition du concept de "milieux défavorisés". Après une revue de la littérature, nous avons tenu à demander aux médecins généralistes, partenaires privilégiés de ce projet, de préciser ce qu'était pour eux un "patient de milieux défavorisés".

Le second chapitre traite de l'état de santé des populations défavorisées. Nous verrons que dans ces milieux, tant les chiffres de mortalité que les chiffres de morbidité sont affectés par la pauvreté.

Le troisième chapitre tente de mettre en évidence, à partir d'une revue de littérature, les comportements à risque pour la santé en milieux défavorisés, et d'expliquer les facteurs favorisant ces comportements.

Le quatrième chapitre analyse la relation soignant-soigné en milieux défavorisés. Selon les médecins généralistes, une relation de qualité est un prérequis indispensable à la prévention dans ces milieux. Nous avons donc creusé cette relation, à partir d'interviews de médecins généralistes et d'une revue de la littérature. Des pistes pour améliorer la relation soignant-soigné concluent ce chapitre.

Le cinquième chapitre traite du thème principal de notre projet, à savoir, la prévention en milieux défavorisés par la consultation de médecine générale. Après avoir caractérisé les attitudes et pratiques des médecins généralistes en prévention dans la population en général, et les obstacles y attenant, nous nous sommes penchés sur la prévention en milieux défavorisés par le médecin généraliste. Les généralistes y croient-ils ? Quelles sont leurs attitudes et pratiques en prévention dans les milieux défavorisés ? Y -t-il des obstacles spécifiques à la prévention en milieux défavorisés? A la fin de ce chapitre, des pistes pour améliorer la prévention dans les milieux défavorisés par la consultation de médecine générale sont proposées.

Enfin, la conclusion reprend des pistes de recherche qui se sont dégagées du projet "Prévention, médecine générale et milieux défavorisés" et qu'il conviendrait d'analyser.

CHAPITRE I

DEFINITION DU CONCEPT DE MILIEUX DEFAVORISES

La pauvreté est une réalité complexe. L'abondance des termes utilisés dans la littérature montre d'ailleurs la difficulté à définir le concept de "milieux défavorisés" : pauvreté, précarité, insécurité, marginalisation, exclusion, quart-monde, etc.

Définir le concept de "milieux défavorisés" peut, a priori, paraître comme un problème purement sémantique. Cependant, avant d'envisager d'améliorer la prévention au sein de ces populations, il convient de préciser les groupes spécifiques que constitue notre public-cible.

L'adjectif "défavorisé" recouvre une population hétérogène. De même, il s'agit d'un concept très relatif, qui varie en fonction du milieu social, du lieu de vie, de l'époque... Lorsque nous parlons de pauvreté, nous faisons implicitement référence à un modèle de société qui est le nôtre. Derrière chaque terme se trouve une nuance que l'on risque de perdre en voulant créer une définition commune.

Dans la perspective de préciser ce qu'on entend par "milieux défavorisés", nous avons procédé en plusieurs étapes :

1. Revue de la littérature
2. Interview auprès de médecins généralistes belges
3. Questionnaires envoyés auprès de médecins généralistes de différents pays d'Europe, participant au séminaire.
4. Apports du séminaire à propos de la définition des milieux défavorisés.

Demander aux médecins généralistes ce qu'était pour eux un patient de "milieux défavorisés" nous a semblé indispensable, vu que le projet vise à améliorer la prévention dans les milieux défavorisés par la consultation de médecine générale.

1. REVUE DE LA LITTERATURE

La pauvreté fait l'objet de nombreuses définitions dans la littérature.

La pauvreté a longtemps été définie par le seuil de survie physiologique[1].
En 1975, le Conseil de l'Europe en donne la définition suivante : "les personnes pauvres sont des individus ou des familles dont les ressources sont si faibles qu'ils sont exclus des modes de vie minimaux acceptables dans l'Etat membre où ils vivent"[2].
Le Conseil économique et social français (1987) précise cette définition : "La précarité est l'absence d'une ou de plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définies. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible"[3].

Plusieurs communications relatives au concept de pauvreté s'accordent sur le fait que le critère financier ne peut être le seul à devoir être pris en considération :

"Malgré le manque d'uniformité, un consensus existe sur le fait que la pauvreté dépasse le seul contexte du revenu monétaire pour inclure des éléments tels que le patrimoine, les ressources professionnelles et scolaires, le milieu de vie, etc"[4].

"Dans les pays industrialisés, la pauvreté résulte des conditions de vie qui placent les personnes concernées très en dessous du niveau économique et socio-culturel moyen, par des variables quantitatives (logement, possession d'un bon équipement, existence d'une épargne) et qualitatives (degré d'instruction, d'acculturation, niveau de qualification, état de santé)"[5].

"On ne peut approcher la pauvreté en n'utilisant que des indicateurs de type monétaire (salaire, revenu). Pris isolément, ils sont vivement contestés, mais croisés avec d'autres indicateurs (logement, emploi, santé,...), ils donnent une idée précise des caractéristiques des familles touchées par un cumul de facteurs de pauvreté"[6].

[1]Filee et al, 1996

[2]Filee et al, 1996

[3]Filee et al, 1996

[4]Colin, 1989

[5]Filee et al, 1996

[6]Bonnin et al, 1995

Cette notion de "cumul de précarités" se retrouvent souvent dans la littérature, et semble être un des déterminants essentiels des populations que l'on dit défavorisées. De même, la notion de durée est aussi très présente. Les personnes dites défavorisées seraient donc celles qui cumulent, pendant une durée longue ou indéterminée, plusieurs précarités.

Les exemples de cumul de précarités abondent dans la littérature. Citons par exemple le lien entre enseignement insuffisant, échec scolaire et pauvreté[1], état de santé et pauvreté[2], ou encore comportements à risque et pauvreté[3] .

Pour STOFFELS[4], "Ce sont souvent les mêmes groupes sociaux qui cumulent les problèmes : faibles rémunérations, chômage, CPAS, enseignement spécial, institutions d'aide à la jeunesse, problèmes de santé, de logement et de scolarisation".

Pour l'OMS[5], les groupes particulièrement éprouvés par les inégalités sont les personnes de catégories économiquement faibles ou à faible niveau d'instruction, les familles monoparentales, les personnes âgées vivant seules, les personnes handicapées, les chômeurs de longue durée, les travailleurs migrants, les personnes employées à des tâches qui engendrent le stress ou physiquement dangereuses.

Sans vouloir stéréotyper les personnes de "milieux défavorisés", certaines caractéristiques se retrouvent chez plusieurs d'entre elles [6 7] :
- absence d'emploi, ou emplois irréguliers ou sous-qualifiés,
- ressources faibles et irrégulières,
- logements précaires, insalubres, humides, trop étroits,...
- taux élevé d'illettrisme, sous qualification-professionnelle,
- exclusion sociale
- culture propre (différente de la culture dominante)
- état de santé déficient.

[1]Fondation Roi Baudoin

[2]Voir chapitre 2 de ce rapport

[3]Voir chapitre 3 de ce rapport

[4]Stoffels, 1989

[5]Dahlgren, 1992

[6]Filee, 1996

[7]Bonnin et al, 1995

Selon Bonnin et al[1], deux nouveaux traits apparaissent et alertent : les personnes en difficulté sont de plus en plus jeunes et les couches moyennes de la population sont de plus en plus concernées.

Plusieurs auteurs ont tenté de différencier les plus pauvres entre eux. Citons par exemple :

STOFFELS[2] distingue trois groupes :
- les sous-prolétaires ou le quart-monde ("noyau dur de la pauvreté"), qui se transmet de génération en génération,
- divers groupes fortement marqués par la pauvreté (groupes se situant autour du seuil de substance minimale : frange inférieure de la classe ouvrière, immigrés désinsérés, petits indépendants, ...),
- les milieux populaires (travailleurs de faible qualification particulièrement atteints par le chômage).

L'expérience du Mouvement ATD Quart-Monde l'amène à distinguer trois aspects de la pauvreté au sein du monde ouvrier[3] :
- la pauvreté-intégration, qui n'enlève pas le statut social : le monde ouvrier
- la pauvreté-marginalisation, qui tend à refouler hors du système ceux qui la subissent : les nouveaux pauvres comme les immigrés, les familles monoparentales, les personnes âgées avec peu de revenus, les chômeurs de longue durée, etc.
- la pauvreté-exclusion, qui place hors société ceux qu'elle atteint : le sous-prolétariat, avec son cumul de handicaps divers persistant plus de 10 ans, transmission de génération en génération, résidant dans le pays depuis plus de 10 ans.

Une autre façon de catégoriser les populations défavorisées est de distinguer[4] :
- une population qui rencontre des difficultés de divers ordres (économique, social, familial, psychologique,...) et se retrouve dans une situation de précarité aigue,
- une population véritablement marginalisée, très pauvre, dans une situation de précarité et de pauvreté "chronique".

[1]Bonnin et al, 1995

[2]Stoffels, 1989

[3]Tonglet, 1984

[4]Rotily, 1993

Dans notre projet, une classification plus fonctionnelle sera sans doute de différencier:
- les populations en difficulté qui restent cependant en contact avec le système de soins,
- les populations en difficulté qui ont perdu tout contact avec les soins de santé.

C'est avec le premier groupe que le médecin généraliste pourra envisager d'améliorer la prévention au sein de sa consultation dans les milieux défavorisés.

La pauvreté en chiffres...

Si toutes les définitions actuelles s'accordent sur le fait que le critère financier n'est pas suffisant à lui seul pour définir la personne de milieux défavorisés, on remarque cependant que dès qu'il s'agit de chiffrer la pauvreté, la plupart des auteurs se basent sur ce seul critère.

En France, les statistiques nationales rapportent qu'environ 4 à 5% de la population française serait en situation de précarité[1].

En Belgique, la Fondation Roi Baudoin[2] cite trois études évaluant le pourcentage de pauvres parmi la population belge :

	année	estimation de % de pauvres
alternatieve ekonomie	1969	14.5%
université Anvers	1976	21.2%
CEE	1976	de 2.2 à 15.7% (suivant seuil retenu)

Le Quart-monde en Belgique[3] :
- En 1982, 21.6% de la population a des revenus inférieurs au minimum socio-vital (revenu jugé nécessaire pour vivre "décemment") et se trouve de ce fait en situation d'insécurité d'existence.
- En 1981, 8% de la population vivait avec un revenu inférieur aux 3/4 du minimum socio-vital.

[1]Barthelemy, 1993

[2]Fondation Roi Baudoin, 1983

[3]Stoffels, 1989

- A partir d'enquêtes budgétaires de l'Institut National de Statistiques (1973/74), on a considéré que 5.2% au minimum de la population était pauvre (le seuil de revenus annuels était de 65.000 par an). Ces 5.2%, soit environ 500.000 personnes, disposent de 1.7% du revenu national.

"Sur base du critère économique uniquement (revenus), et d'après plusieurs études (Fondation Roi Baudoin 1983, Commission de Communautés Européennes 1981, INS 1973), on peut affirmer qu'aujourd'hui, en Belgique, 5 à 10% de la population dispose de revenus nettement insuffisants"[1]. "Mais ces chiffres sont probablement une sous-évaluation actuelle, parce que d'une part, de nombreux pauvres échappent à la plupart des enquêtes ou statistiques officielles, et que d'autre part, la détérioration de la situation économique de ces dernières années fait augmenter le nombre de pauvres"[2].

Cependant, comme on l'a dit plus haut, les revenus ne sont pas le seul critère à devoir être pris en considération... Si nous avons cependant mentionné ces chiffres, c'est surtout pour montrer que la précarité des conditions de vie touche un grand nombre de nos concitoyens.

"Au seuil de pauvreté officiel, on dénombre 300.000 pauvres en Belgique. Au seuil international près d'1 million, et une troisième façon de mesurer révèle que 21% de la population belge vit dans l'incertitude. Ces seuils ramènent toujours les ressources au seul revenu monétaire. Est-ce suffisant? La variété de ces mesures révèle cependant que la précarité des conditions de vie frappe un grand nombre de nos citoyens"[3].

[1]Taylor C, 1989

[2]Beyart, 1977

[3]Hierniaux, 1982

BIBLIOGRAPHIE

AVALOSSE H, Santé et inégalités sociales, Dossier 25, mutualités chrétiennes, Belgique, 1996

BARTHELEMY L, MOISSETTE A, WEISBROD M, Alimentation et petit budget, la Santé en action, ed CFES, 1993

BEYART A, les pauvres en Belgique : essai de détermination de leur nombre et de leurs revenus, Cahier économique de Bruxelles, 1977, 75, pp 373-406.

BONNIN F, MICHAUD C, FATRAS J-Y, MALLET V, Santé et publics démunis en Europe, Séminaire, Ed. CFES, citant INSEE. Bloc-note de l'observatoire économique de Paris, 1985.

COLIN C., LAVOIE JP., POULIN C., Les personnes défavorisées. Et la santé, ça va? Les publications du Québec, Québec, 1989, 119p.

DAHLGREN G et WHITEHEAD M, Politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé, OMS, Copenhagen 1992.

FILEE D, HALBARDIER V, RIFFON A, ANDRIEN M, Prévention du cancer et pauvreté, CERES, ULG, Septembre 1996

Fondation Roi Baudoin, Propositions pour une politique de lutte contre la pauvreté et la précarité en Belgique, Bruxelles, 1983.

HIERNIAUX JP, Pauvreté, qu'est-ce à dire ?Vivre aujourd'hui : les nouvelles pauvretés. N°2, décembre 1982

ROTILY M, MICHAUD C, Nutrition et populations urbaines défavorisées : synthèse bibliographique et propositions, dossier du CFES, mars 1993

STOFFELS M-Gh, Le Quart-Monde en Belgique, Annales Cardijn n°7, 1989

TAYLOR C, Le quart-monde, acteur et partenaire. Construction d'un cadre problématique de la santé et élaboration d'un projet de promotion "santé et alimentation", Mémoire RESO-UCL, 1989

TONGLET R, Quart-Monde et Santé : évaluation d'un projet de promotion de la santé en milieu sous-prolétaire, Mémoire de Licence Spéciale en Santé Publique, ULB, 1984.

2. LES DONNEES DE L'ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES BRUXELLOIS

Nous avons demandé aux médecins généralistes ce qu'était pour eux "un patient de milieux défavorisés". Nous avons choisi de réaliser une analyse exploratoire de type qualitatif, afin d'avoir un premier aperçu de leur point de vue. Les entretiens se sont déroulés en région bruxelloise. Nous avons voulu interroger tant des hommes que des femmes, des médecins travaillant en pratique privée et en association (maison médicale). Seuls 18 médecins généralistes ont été interviewés. Nous nous sommes limités à ce nombre parce que leurs réponses allaient dans le même sens. Interroger plus de médecins nous a dès lors semblé inutile pour ce premier tour d'horizon. Une généralisation trop précoce risquerait cependant d'être biaisée, vu le nombre de médecins interviewés, et le fait que tous travaillaient en région bruxelloise. De plus, dans le cadre de la médecine générale, un patient n'est pas l'autre, même si tous les deux pourraient être qualifiés par le médecin de "patient de milieux défavorisés"

2.1. Le concept de milieux défavorisés revus par les médecins généralistes bruxellois

Selon les médecins généralistes interviewés, il existe une *grande diversité* au sein des patients que l'on peut qualifier de " patients issus de milieux défavorisés ". Cette population n'est pas homogène.

Tous s'accordent sur le fait que le *critère financier* n'est vraiment pas le seul à prendre en considération. Pour preuve, certains de leurs patients s'en sortent très bien avec une petite pension, alors que d'autres n'ont pas assez avec plus. Les *autres critères* à considérer sont :

La *culture* propre, avec des références et habitudes différentes des nôtres.

Des critères *éducatifs*, les habitudes familiales, le faible *niveau d'instruction* et de *scolarisation*, l'analphabétisme. « Mais les gens ne sont pas forcément idiots... Certains ont manqué de chance au début de la vie».

La *déstructuration* : perte de certains repères familiaux, sociaux, professionnels, projet de vie.

La *désorganisation*, la *mauvaise gestion* (du temps, du budget,).

Le *cumul des risques* environnementaux et comportementaux (logements insalubres, petits, surpeuplés, alimentation déséquilibrée, tabac, alcool, etc.).

Des critères *psychologiques* : faibles ressources morales et mentales, perte d'estime de soi, manque de confiance en soi, faible intimité de vie, perte d'espoir en un lendemain meilleur.

L'isolement : hommes seuls, femmes seules avec enfants en bas âge, couples âgés, faible support familial et social. La solitude serait responsable de l'abondance des plaintes psychosomatiques rencontrées chez ce type de patient.

La nationalité n'est pas un critère. Cependant, d'après les médecins généralistes, le patient immigré s'en sort mieux que le belge de milieu défavorisé. "Les immigrés sont ici par choix. S'ils vivent dans un taudis, ils sont en train de construire un "château" dans leur pays d'origine. L'espoir d'un lendemain meilleur rend la misère quotidienne plus tolérable. De même, leur mode de vie, leurs habitudes socioculturelles leur permettent de vivre avec moins de revenus". Ils sont aussi souvent jugés plus débrouillards. Mais chez les immigrés, le médecin constate d'autres problèmes :
- dépression d'expatriation, surtout chez la jeune femme;
- les enfants sont nés ici, et veulent rester. Or, leurs parents ont consacré leur vie et leur argent à construire une maison au pays, pensant que toute la famille y retournerait un jour.

Pour plusieurs médecins, une des grandes caractéristiques des milieux défavorisés, est que ces précarités *perdurent dans le temps*.
De plus, seul un critère n'est pas suffisant pour caractériser un patient de "défavorisé". C'est *le cumul de plusieurs de ces critères* qui ferait entrer le patient dans la catégorie dite défavorisée.

2.2. Comment le médecin généraliste se rend-il compte qu'un patient est de milieux défavorisés ?

Certains médecins généralistes se disent *parfois très surpris*, et ne réalisent que très tard qu'un patient est très défavorisé. Un médecin généraliste qui travaille quasi exclusivement en milieux défavorisés, et très attentif aux difficultés de ces milieux, avoue avoir mis un an à se rendre compte qu'un patient ne savait pas lire.

La visite à domicile est souvent l'occasion, pour le médecin généraliste, de se rendre compte de la réalité du patient.

Le *niveau de préoccupation*, le *motif de la consultation* mettent aussi la puce à l'oreille du médecin : " ils viennent pour des bêtises, mais des problèmes pourtant bien plus graves les laissent complètement indifférents ".

Certains médecins se basent sur *l'aspect extérieur* : négligence des mains et des cheveux, manière d'être, de bouger, de se comporter, de s'habiller, vêtements imprégnés d'odeur de tabac et d'alcool.

Les médecins interviewés mentionnent aussi certains *propos tenus* par les patients : " Est-ce vraiment nécessaire ? Combien cela va-t-il me coûter ? ".

3. LA DEFINITION DES MILIEUX DEFAVORISES SELON LES MEDECINS GENERALISTES EUROPEENS

Nous avons demandé aux médecins généralistes travaillant dans différents pays d'Europe et participant au séminaire "prévention, médecine générale et milieux défavorisés" ce qu'était leur définition de "patients de milieux défavorisés".

Pour ces médecins, le concept de "milieux défavorisés" est très relatif, et recouvre un public très hétérogène. Quelques grandes lignes se dégagent de leur définition :

- Le cumul de plusieurs précarités.
- Le long terme dans lequel s'inscrit ce cumul de précarités.
- Si l'insuffisance de revenus est un point commun à la plupart des personnes composant ce public, ce critère à lui seul ne suffit pas.
  Les autres critères sont :
- Critère social : faiblesse du réseau social, solitude, perte d'intégration dans la société, isolement, manque de support familial et social, etc.
- Critère culturel : références culturelles propres, transmission de génération en génération, etc. Un médecin affirme même que "Les autres précarités découlent souvent de cette précarité culturelle".
- Critère éducatif : faible degré d'éducation et de scolarisation, difficultés de communication et d'expression.
- Critères psychologiques : faibles ressources mentales et morales, perte d'estime de soi, manque de confiance en soi, faible intimité de vie.
- Les logements sont trop petits, insalubres, humides, non chauffés, malsains.
- Plusieurs médecins soulignent également l'aspect extérieur du patient et le manque d'hygiène.

Nous remarquons qu'aucun médecin ne fait allusion à la nationalité du patient dit "défavorisé".

Quelques médecins relèvent également :
- que c'est à partir du moment où les facteurs précédemment cités deviennent un obstacle au plein épanouissement de l'individu que ce dernier peut être considéré comme défavorisé.
- le fait que pour une personne défavorisée, la vie est une lutte perpétuelle.
- le fait que ces populations ont du mal à mener une démarche dans le temps (ceci serait à la fois cause et conséquence de leur réalité de vie). Cette difficulté de "prévision" est peut-être la principale cause de difficulté de "prévention".

Notons qu'au sein des médecins participant au séminaire, aucune différence en terme de lieu de pratique (Belgique, France, Suisse, Luxembourg, Espagne, Portugal, Italie) n'a pu être relevée.

Le pourcentage de patients dits "de milieux défavorisés" variaient de 10 à 80% selon les médecins ayant participé à l'analyse.

4. APPORTS DU SEMINAIRE EUROPEEN CONCERNANT LA DEFINITION DE "MILIEUX DEFAVORISES"

Les médecins généralistes présents au séminaire ont manifesté le souhait de définir de façon plus précise le "patient de milieux défavorisés". "Si on veut faire quelque chose pour ce public, nous devons mieux connaître ce public".

Selon eux, certains critères sont particulièrement importants pour définir le patient défavorisé :
- Le cumul de précarités : seul un critère ne suffit pas.
- Le long terme dans lequel s'inscrit la situation du patient.
- La distance socio-culturelle qui sépare le soignant du soigné dans ce contexte.
- L'hétérogénéité de ce groupe de patients.
- Certains médecins préfèrent parler de populations marginalisées ou exclues.

Cependant, une définition est, par définition, très carrée. Les participants au séminaire se rendent compte qu'il est très difficile de faire entrer un groupe aussi hétérogène dans un modèle fermé. De plus, en essayant de trouver une définition qui fasse l'avis de tous, on risque de créer une définition très large, mais qui ne corresponde pas à la pratique quotidienne du médecin généraliste.

Plusieurs médecins ont alors proposé d'essayer de trouver une définition plus opérationnelle du concept de "patient de milieux défavorisés" :
- "Ce sont des patients qui nous prennent plus de temps, pour qui cela se passe différemment que pour les autres".

- Le terme de "personnes en difficulté" est préféré à celui de "personnes de milieux défavorisés". En effet, il dépend d'une personne, et pas seulement d'une norme qu'une société peut placer par rapport à quelqu'un. De plus, face aux soignants, cela définit quelqu'un qui a besoin d'un accompagnement particulier des professionnels de la santé. Les difficultés de ce type de patients ne sont en effet pas uniquement sociales ou économiques, elles peuvent être sanitaires ou psychologiques. La part de plus en plus grande que présente la gestion des maladies chroniques dans l'activité quotidienne du médecin généraliste répond également à cette définition. Un patient atteint de maladie chronique est en difficulté, et ses difficultés ne ressortent pas forcément du champ socio-économique. Pour la clarté du projet, nous allons toutefois continuer à parler de "milieux défavorisés", tout en gardant à l'esprit ce concept de "patient en difficulté".
- Un médecin trouve qu'il est indispensable de définir des critères opérationnels pour qualifier quelqu'un de "défavorisé", afin d'envisager une intensification de l'offre de soins chez ces personnes. Mais la définition de ces critères sort du champ de notre compétence. De plus, au sein de la consultation de médecine générale, il restera toujours les patients "à la limite", qui connaissent des difficultés importantes, mais qui se trouvent juste au dessus des critères d'offre intensive.
- Il est sans doute utile de différencier deux situations en milieux défavorisés :
  . Celle où on doit agir dans l'urgence en tant que soignant
  . et celle où on peut agir à plus long terme.

Un médecin rappelle à juste titre que cela n'a pas de sens de repérer des situations particulières si on ne peut rien faire après : "En tant que médecin généraliste, il est très difficile de définir un critère car celui-ci n'a de sens que si on a derrière une stratégie d'intervention".

Un médecin français tente de sérier différents types de patients "défavorisés" à partir de sa patientèle :
- Les exclus ("que je ne vois pas à mon cabinet"),
- Les patients pouvant bénéficier de l'aide médicale gratuite ("on peut faire de la prévention avec eux, c'est un groupe qui ne me pose pas de problème"),
- Ceux qui sont au-dessus des critères d'attribution de l'aide médicale gratuite ("ils ont de plus en plus de problèmes d'accès aux soins, alors la prévention, n'en parlons pas..."),
- Enfin, les patients ayant droit à la gratuité des soins pour une affection de longue durée, mais pas pour les autres. "Quand ces gens ont autre chose, ils ne veulent pas se soigner".

En guise de conclusion concernant la définition "des patients de milieux défavorisés", reprenons le discours d'un des partenaires du projet :

"J'aimerais préciser quelque chose au sujet des populations que l'on dit "difficiles à atteindre". Les professionnels de la santé ont toujours un certain type de discours sur ces populations. Mais, si elles sont si difficiles à atteindre, c'est peut-être justement à cause de ce discours que l'on porte sur elles. Tant que l'on ne modifie pas le regard que l'on porte sur ces personnes, nos pratiques de soignants, qui sont déterminées

par notre regard, continuent à rendre ce public difficile à atteindre. Certains auteurs parlent différemment de ces groupes, en soulignant le positif de ces populations (et pas seulement "leur manque de..."). On ne peut en effet rien construire sur un manque... Modifier notre regard, notre manière de parler, notre manière d'être, réfléchir sur ce qui nous différencie de ces personnes et non pas en terme de difficultés ou de déficits, cela modifie nos pratiques, cela rend ces populations souvent moins difficiles à atteindre, car nos pratiques les rendent moins "inatteignables".

CHAPITRE II

ETAT DE SANTE DES POPULATIONS DEFAVORISEES

1. REVUE DE LA LITTERATURE

Plusieurs études mettent en évidence le fait que tant la morbidité que la mortalité sont plus importantes en milieux défavorisés que dans le reste de la population. De même, les comportements à risque y sont plus fréquents.

Dans son dossier sur "la santé et les inégalités sociales", AVALOSSE[1] montre à travers différentes études que nous ne sommes pas tous égaux devant la mort et la maladie. Ces inégalités, qui touchent tant les enfants que les adultes, transparaissent de divers indicateurs utilisés (taux de mortalité, espérance de vie, probabilité de décès, etc). Certaines causes de décès marquent davantage les clivages sociaux que d'autres (cirrhose, tuberculose, affections respiratoires, certains accidents et cancers). Selon l'auteur, "ces observations font penser que ce sont surtout les modes de vie et les comportements différenciés selon les classes sociales qui seraient responsables de ces inégalités. Toutefois, les conditions de travail et matérielles de vie doivent aussi influencer la santé des groupes sociaux les plus bas".

De même que la mortalité, la morbidité varie en fonction des catégories sociales[2]. Au niveau de la santé globale, on constate que les groupes sociaux situés au bas de l'échelle ont une santé plus précaire. On constate aussi que le vieillissement relatif s'accroît lorsque le niveau d'instruction, de revenu et/ou de statut professionnel des groupes décroît.

Peu d'affections chroniques échappent au gradient social. Mais il existe certaines affections qui frappent particulièrement les groupes défavorisés[3] :

[1]Avalosse, 1996

[2]Avalosse, 1996

[3]Avalosse, 1996

pour les hommes	pour les femmes
- maladies de la peau - maladies de l'appareil respiratoire - maladies des os, des articulations - accidents, empoisonnements, traumatismes - maladies de l'appareil digestif - malformations congénitales	- troubles du métabolisme (dont l'obésité) - maladies de l'appareil circulatoire - maladies infectieuses et parasitaires - maladies des organes génito-urinaires.

"Toutes ces pathologies, cet état de santé dégradé qui caractérisent les groupes sociaux renvoient à de multiples déterminants comme le chômage, les conditions de travail plus défavorables, des modes et des habitudes de vie plus risqués (nutrition, tabac, alcool,...), le milieu culturel (instruction faible, prévention peu opérante,...)"[1]

1.1. Des inégalités de santé dès l'enfance...

Dès 1979, des études alertent sur le mauvais état de santé des enfants de milieux défavorisés[2]. Mortalité plus élevée, accidents, retard de croissance staturo-pondéral, carences vitaminiques, caries et délabrements dentaires sont nettement plus fréquents chez les enfants de milieux défavorisés, comparés à ceux dont le père exerce une profession libérale[3].

Selon D. Piette[4], les inégalités de santé commenceraient dès avant la naissance. Les mères de milieux défavorisés déclarent plus de problèmes de santé durant la grossesse. Les taux de prématurité, de retard de croissance intra-utérin et de petit poids de naissance y sont plus élevés. De plus, les mêmes facteurs de risque biologiques entraîneraient une mortalité plus élevée chez les enfants de milieux défavorisés.

ATD Quart-Monde[5] confirme ces données : plus grands taux de petits poids de naissance, de prématurité et de retards de croissance intra-utérins, plus petits poids et tailles chez les enfants en bas âge, hospitalisation des enfants plus fréquentes. Les pathologies rencontrées sont essentiellement : infections de la sphère ORL, rachitisme, bronchite, asthme, diarrhée avec déshydratation, accidents domestiques et mauvais état bucco-dentaire.

[1]Avalosse, 1996

[2]Manciaux, 1979

[3]D'Ivernois JF, 1988

[4]Piette D., 1990

[5]ATD Quart-monde international, 1985

On constate également des inégalités de santé chez les enfants au cours des visites médicales scolaires :

DENTS	**milieux défavorisés (n=84) 3° maternelle[1]**	**Population générale (n=3675), 5 ans[2]**
absence de caries, ou caries traitées	31%	64%
caries non traitées - dents de lait - dents définitives	 64% 5% } 69%	 } 36%
ANOMALIES de la VUE	**milieux défavorisés (n=122)[3]**	**population générale (n=8594) (communauté française)[4]**
non corrigées	22.9%	12%
ANOMALIES de l'audition	**milieux défavorisés (n=122)[5]**	**population générale (n=8278) (communauté française)[6]**
	24.6%	8%
ANOMALIES ORL non spécifiques	**milieux défavorisés (n=122)[7]**	
	27.9%	

[1]Données du Centre de Santé Chapelle-aux-Champs (Bruxelles), examens réalisés par la Fondation pour la santé dentaire

[2]Données de la Fondation pour la santé dentaire, Société de médecine dentaire

[3]Données du Centre de Santé Chapelle-aux-Champs (Bruxelles), examens réalisés par les médecins du centre de santé

[4]Données de la Communauté française de Belgique

[5]Données du Centre de Santé Chapelle-aux-Champs (Bruxelles), examens réalisés par les médecins du centre de santé

[6]Données de la Communauté française de Belgique

[7]Données du Centre de Santé Chapelle-aux-Champs (Bruxelles), examens réalisés par les médecins du centre de santé

Chez les adolescents de milieux défavorisés[1], on note une plus grande fréquence des difficultés psychologiques, des problèmes scolaires (redoublement, échecs, enseignement spécial). De même, les comportements à risque y seraient plus fréquents.

1.2. Consommation des soins de santé des milieux défavorisés

Les profils de consommation des soins de santé diffèrent en fonction de la catégorie sociale : plus on s'élève dans la hiérarchie sociale (niveau de revenu, d'instruction, statut socio-professionnel s'accroissant), plus on consomme de soins dentaires, de soins préventifs et d'actes de spécialistes[2].

Si, en France, les moins favorisés recourent globalement moins aux professionnels de la santé, en Belgique, par contre, on note une propension à y recourir davantage de la part des groupes sociaux les moins favorisés[3]. Plus on descend dans la hiérarchie sociale, plus on note une préférence pour le généraliste au détriment du spécialiste. Derrière ces comportements différenciés des groupes sociaux, plusieurs facteurs interviennent, dont les suivants[4] :
- l'accessibilité financière aux soins de santé.
- la démarche préventive. Plusieurs études montrent chez les personnes défavorisées une plus grande tolérance à la souffrance, une moins bonne acuité dans la perception des états morbides et de leur gravité, et un accès plus difficile aux campagnes de prévention. Consultant souvent trop tard pour des pathologies aggravées, les populations défavorisées se retrouvent plus facilement à l'hôpital et pour de plus longues périodes.

Cette dernière donnée est confirmée par Avalosse : "Les problèmes de mobilisation d'argent ne sont pas les seuls auxquels font face les moins favorisés de la société. Il y a aussi les effets de leur milieu socio-culturel : soumis à davantage de risques, ceux des classes défavorisées ont par ailleurs plus de difficultés à interpréter la gravité des symptômes tout en recourant moins aux soins préventifs. Tout cela aboutit à un recours retardé aux soins en présentant des pathologies plus lourdes et à un stade plus avancé"[5]

[1]Piette D, 1990

[2]Avalosse, 1996

[3]Avalosse, 1996

[4]Filee, 1996

[5]Avalosse, 1996

Les classes sociales défavorisées sont désavantagées dans la relation qu'elles établissent avec le personnel de santé, en raison du fossé social qui les sépare. Les plus démunis ne disposent pas du "mode d'emploi" du système sanitaire[1] [2].

Mais, le médecin généraliste ressort comme l'interlocuteur privilégié, suivi de l'hôpital. Le rôle du médecin de famille "élu" par les populations pauvres qui cherchent à identifier en lui un allié parmi les professionnels, respectueux de leur intimité, distinct des intervenants sociaux, a maintes fois été souligné par les recherches des médecins et des sociologues, notamment en milieux quart-monde[3]. Cette constatation est d'ailleurs l'un des facteurs ayant motivé ce projet d'amélioration de la prévention dans les milieux défavorisés par la consultation de médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

ATD Quart-monde international, "promotion de la santé : le quart-monde acteur et partenaire, Actes du Forum régional des 26 et 27 avril 1985 à Nancy, Nancy, 1985.

AVALOSSE H, Santé et inégalités sociales, Dossier 25, mutualités chrétiennes, Belgique, 1996

BARTHELEMY L., MOISSETTE A., WEISBROD M., Alimentation et petit budget, La santé en action, ed CFES, 1993.

D'IVERNOIS JF et al, La santé des enfants et des familles du quart-monde, Paris, Centre international de l'enfance, mouvement international ATD Quart-Monde, 1988

Données du Centre de Santé Chapelle-aux-Champs (Bruxelles) (non publié)

FATRAS JY., GOUDET B., RMI et santé. La santé en action, ed CFES, Paris, 1993.

FILEE D., HALBARDIER V., RIFFON A., ANDRIEN M., Prévention du cancer et pauvreté, CERES, ULG, Septembre 1996.

MANCIAUX M., La santé des enfants du Quart-Monde : un constat et un défit, Rev.Ped, 1979; 15 : 3.

PIETTE D., Les inégalités de santé, Santé pluriel n°2, Promes, ULB, 1990.

TONGLET R., Quart-monde et santé : évaluation d'un projet de promotion de la santé en milieu sous-prolétaire, mémoire de licence en santé publique, ULB, 1984.

[1]Barthelemy et al, 1993

[2]Tonglet, 1984

[3]Fatras, 1993

2. COMPLEMENT D'INFORMATION

Ce complément d'information est issu de :

BRION L., DECCACHE A., Projet de programme de promotion de la santé ; lutte contre les inégalités chez les personnes défavorisées, RESO-UCL, 1997.

Morbidité et mortalité

- En ce qui concerne la **morbidité toutes causes confondues** :

. L'analyse du lien entre morbidité et classe sociale peut se faire sous l'angle du *statut professionnel.* Ainsi, en Grande-Bretagne, on a montré que les maladies aiguës donnent lieu à plus de 2 fois plus de jours d'incapacité (hommes entre 15 et 44 ans) dans la classe sociale la plus basse (ouvriers non qualifiés) par rapport à la classe la plus haute (administration et professions libérales, directeurs d'affaires). En ce qui concerne l'incapacité de longue durée pour les maladies chroniques, le taux d'incapacité est presque 2 fois plus élevé pour les classes sociales les plus basses (hommes entre 15 et 44 ans) par rapport à la classe la plus élevée (MORRIS in AVALOSSE, 1996).

Le *chômage* a par lui-même des conséquences sur la santé : stress, dépression, perte de confiance en soi... Il induit une sur-incapacité primaire supérieure de 70j pour les deux sexes et quel que soit l'état professionnel des salariés (AVALOSSE, 1996).

. L'analyse du lien entre morbidité et classe sociale peut aussi s'envisager sous l'angle du *niveau d'instruction.* Le gradient social (études aux Pays-Bas) vis-à-vis des affections chroniques est présent : on observe 60 % de plus de plaintes chez ceux qui n'ont terminé que leur scolarité primaire par rapport aux universitaires (MACKENBACH op cit in AVALOSSE, 1996).
Les classes les plus basses du point de vue instruction (primaire) ont aussi un risque accru (plus de 2 fois plus) de se retrouver en incapacité de travail par rapport aux universitaires (AVALOSSE, 1996).

. De manière plus globale, le CREDES (AVALOSSE, 1996) mesure, en France, l'état de santé global par un indicateur de *vieillissement relatif* des groupes sociaux par rapport à la population. L'état de santé approché par cet indicateur dépend des variables économiques et sociales. Ainsi, ce dernier s'accroît (traduit un état de santé qui se dégrade) lorsque *le niveau d'instruction, de revenu, de statut professionnel décroît* :

* Le vieillissement relatif s'accroît lors de la "perte du *statut professionnel*". Ainsi, les chômeurs sont en moins bonne santé que les travailleurs. Il est difficile de dire si c'est l'état de santé qui entraîne le chômage ou si le fait d'être au chômage conduit à la dégradation de la santé.

* Le vieillissement relatif s'accroît également quand le *niveau de qualification* diminue. De plus, le lien entre santé et niveau d'instruction joue dans les deux sens : il faut être en bonne santé pour faire des études et une bonne instruction favorise la santé.

- En ce qui concerne la **morbidité par cause** :

La plupart des affections chroniques sont plus marquées dans les classes à faible statut socio-économique et notamment la bronchite chronique et autres affections pulmonaires, les maladies chroniques du coeur, les plaintes liées au dos, aux rhumatismes et le diabète (AVALOSSE, 1996). On constate également dans les classes défavorisées des phénomènes épidémiques mal contrôlés (sida, hépatites, tuberculose...) ou endémiques (dentaires, ophtalmologiques ou dépressifs) (BERTOLOTTO, 1996).

Si on essaie d'approcher la morbidité par cause, via les indicateurs de prévalence ou d'incidence, on observe qu'en Belgique, certaines affections touchent plus particulièrement les groupes défavorisés (AVALOSSE, 1996).

Ainsi, les hommes issus de groupes défavorisés sont principalement affectés par des maladies de la peau (sauf quelques affections précises), de l'appareil respiratoire, des os/organes en mouvement/arthrite, de l'appareil digestif (atteintes gastro-duodénales/ulcères) ou encore les accidents, les empoisonnements, traumatismes (notamment liés aux accidents du travail et leurs conséquences) et enfin, les malformations congénitales. Pour les femmes, on peut ajouter les troubles du métabolisme (notamment obésité), les maladies de l'appareil circulatoire, infectieuses et parasitaires et des organes génito-urinaires.

- En ce qui concerne la **morbidité ressentie** :

Si la morbidité objective touche davantage les plus démunis, il existe également une morbidité subjective ressentie par les personnes défavorisées liée aux manques, à l'incertitude, à la honte, à la dépendance, à l'angoisse du contrôle social, etc. (HENDRICK, 1991 in CARTON, NEIRINCKX, 1994).

Cette morbidité ressentie (mais pas nécessairement diagnostiquée) peut être mesurée au travers d'enquêtes de santé. Aux Pays-Bas (MACKENBACH in AVALOSSE, 1996), une enquête (1983-85) a mis en évidence les inégalités sociales face à la santé "ressentie" : ceux qui n'ont fait que les études primaires expriment environ 1,5 fois plus de plaintes de santé (nombre moyen de plaintes obtenu à partir d'une liste de symptômes et affections plus ou moins graves) que les universitaires et sont 2 fois plus nombreux que ces derniers à déclarer "avoir une santé moins bonne".

Ainsi, quelles que soient les données prises en compte (morbidité diagnostiquée ou ressentie), le gradient social est toujours présent (AVALOSSE, 1996).

- En ce qui concerne la **mortalité** :

. Les moins favorisés ont une *espérance de vie* moins longue, ils meurent en moyenne quatre années et demi plus tôt que les plus favorisés (CARTON, NEIRINCKX, 1994).

. La *mortalité - toutes causes de décès confondues* différenciée socialement (AVALOSSE, 1996), chez les adultes, est un phénomène qui s'inscrit dans la durée, elle est persistante et les différences entre des classes extrêmes tendent à s'élargir (malgré les progrès enregistrés dans toutes les classes ; la mortalité diminue dans toutes les classes mais plus vite pour les classes les plus favorisées). Tout se passe comme si l'apparition d'un facteur favorable à la santé s'applique d'abord aux classes plus favorisées pour se diffuser ensuite lentement vers les classes moins favorisées alors que l'apparition d'un facteur défavorable pénalise d'abord et plus fortement les catégories sociales les plus défavorisées.

. En France, diverses études portent sur les écarts de mortalité entre les groupes sociaux classés selon leur *statut professionnel*. Sur le plan de la mortalité, il est préférable d'être un cadre supérieur ou d'occuper une profession libérale que d'être un ouvrier ou un employé.

Avoir un emploi semble également déterminant puisque la mortalité des *chômeurs* est plus forte pour toutes les catégories sociales et augmente même quand on descend dans l'échelle sociale.

D'autres études montrent un lien entre la mortalité et le *niveau d'instruction*. Au niveau de la mortalité, il est préférable d'avoir fait des études supérieures que de n'avoir aucun diplôme (vrai pour les hommes mais pas pour les femmes au-delà du BAC).

. *La mortalité - selon les causes de décès* - montre des inégalités selon les classes sociales qui s'observent pour la plupart des pathologies et qui sur les dix dernières années ont tendance à s'accroître (AVALOSSE, 1996). La mortalité différentielle selon les classes sociales est élevée et surtout pour les décès dus à la cirrhose, la tuberculose, les affections respiratoires, les accidents (autres que de transports ou domestiques) et certains cancers.

. La *mortalité infantile* diminue mais les progrès profitent surtout aux classes les plus favorisées (AVALOSSE, 1996). Au Québec, chez les femmes plus pauvres, la mortalité infantile est deux fois plus élevée (DUNNIGAN, 1995).
Si la *mortinatalité* (avant la naissance) diminue pour toutes les classes, le gradient social se maintient également (AVALOSSE, 1996).

BIBLIOGRAPHIE du complément d'information :

AVALOSSE H (1996). Santé et inégalités sociales. M-Dossier 25. Département Recherche et développement ANMC, Bruxelles.

BERTOLOTTO F. (1996). L'éducation pour la santé face à la "fracture sociale". Actualité et dossier en santé publique, 16, septembre 1996, 29-31.

CARTON B., NEIRINCKX P.M. (1994). Rapport général sur la pauvreté, réalisé à la demande du Ministre de l'Intégration sociale par la Fondation Roi Baudoin en collaboration avec ATD Quart-monde Belgique et l'Union des villes et Communes belges section CPAS, Bruxelles : Fondation Roi Baudoin.

DUNNIGAN L., GRAVEL N. (1995). La femme et la société : pauvreté, isolement, monoparentalité. La santé des femmes, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Québec : FMOQ, EDISEM/MALOINE, 895-909.

CHAPITRE III

LES COMPORTEMENTS DE SANTE DES POPULATIONS DEFAVORISEES

1. MODES DE VIE ET COMPORTEMENTS A RISQUE EN MILIEUX DEFAVORISES

Revue de la littérature

Plusieurs études montrent que les comportements à risque pour la santé sont plus fréquents en milieux défavorisés que dans le reste de la population. Le tableau qui suit reprend différents comportements à risque retrouvés en milieux défavorisés.

Une remarque de prudence s'impose à la lecture de ce tableau : ce n'est pas parce qu'un comportement à risque est cité plus souvent qu'il est plus important que les autres. En effet, certaines études ont été réalisées à partir de questions fermées portant sur certains comportements bien précis.

Toutes les études s'accordent pour dire que les comportements à risque sont plus nombreux en milieux défavorisés que dans le reste de la population. On soulignera aussi le fait que les gens de milieux défavorisés ont moins recours aux soins de santé, et en tout cas aux services de prévention.

Un second tableau reprend les consommations et comportements alimentaires en milieux défavorisés par rapport à la population en général. L'exemple de l'alimentation a été repris tant celle-ci est influencée par de multiples facteurs : économiques, sociaux, culturels, environnementaux, psychologiques, etc.

références de l'article comportement à risque	1	2	3	4	5	6	7	8
tabagisme	50 %	x			x	x	90%	x
alcoolisme	32%	x			x	49% des déclarent boire > 5 v/j	(3)	x
alimentation déséquilibrée		x			x	x	x	x
surcharge pondérale			42% vs 26%	.25% .40% à 40 ans	x	x	x	x
rythme de vie		x			x	x		x
exposition au soleil							(2)	
manque d'exercices					x	x		x
recours aux soins retardés, pas de recours à la prévention		(1)					x	x
stress		x				x		x
conditions de vie et de travail		x		x		x	x	x

---

[1]MARTIN F, Description de l'état de santé global (physique, mental et social) de 300 personnes en précarité sociale au centre de Dreux en 1995 (France)

[2]DECCACHE A et al, La santé des milieux défavorisés. Synthèse de données épidémiologiques, sociologiques, culturelles et psychologiques collectées dans le cadre du projet "Education pour la santé en milieux défavorisés". Bruxelles, janvier 1990.

[3]DUSART AF., PREVOST M., Les comportements alimentaires des adultes en Belgique et dans la CEE, Santé pluriel n° 6, 1991.

[4]GRENIER JL, BULLE M, DELEPAUT A, La santé dans nos quartiers, c'est la santé de nos quartiers.

[5]COLIN C., LAVOIE JP., POULIN C., Les personnes défavorisées. Et la santé, ça va ? Les publications du Québec, Québec, 1989, 119p.

[6]SCHAETZEL F, QUEROUIL O, Etat de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes, novembre 1991

[7]FILEE D, HALBARDIER V, RIFFON A, ANDRIEN M, Prévention du cancer et pauvreté, CERES, Liège, septembre 1996

[8]DAHLGREN G et WHITEHEAD M, Politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé, OMS, Copenhague, 1992

(1) "les plus défavorisés ont souvent des comportements extrêmes : ils continuent à travailler en étant malades, ou alors capitulent pour des malaises que l'on pourrait qualifier de secondaires... Les milieux défavorisés utilisent moins les services de prévention et, de ce fait, ont plus de comportements à risque".

(2) Les gens de milieux défavorisés ont une bonne attitude face à l'exposition au soleil.

(3) Alcoolisme très présent mais souvent non avoué.

Consommation et comportements alimentaires en milieux défavorisés par rapport à la population générale

réf.	Glucides	Fruits	Légumes	Viande	Produits laitiers	Graisses	Comportements
1	céréales : -6%, sucres rapides ↗	- 43%	- 8%	- 18%	- 15%	+ 25%	apport énergétique plus élevé chez les enfants de familles défavorisées (BMI plus élevé)
2	confiseries chez les enfants						- achats caractérisés par leur monotonie et par les à-coups liés aux difficultés budgétaires. - la préparation des repas est courtes, les plats sont monotones et peu élaborés
3							- mauvaise répartition des repas, insuffisance de petit-déjeuner et grignotage plus fréquents chez les enfants de milieux défavorisés
4	↘ mais ↗ des sucres rapides	↘↘	↘	OK mais plus grasse	↘	↗	- apports énergétiques augmentés - ce sont les mêmes personnes qui cumulent toutes les carences
5	↗ sucres rapides	↘		↘	↘	↗	- achats irréguliers, repas monotones - mauvaise répartition des repas - boulimie, techniques d'amaigrissement agressives plus fréquentes - carences en vitamines et oligoéléments - surpoids plus fréquents (enfants : 17% vs 9%)
6	↗			+ grasse		↗	

[1] BARTHELEMY L., MOISSETTE A., WEISBROD M., Alimentation et petit budget. La santé en action, Ed. CFES, 1993, 164 p.

[2] MEYERS A.F. et al, School breakfast program and school performance. Am. J. Dis. Child, 1989, 143:1234-9.

[3] VIALETTES B., SAMBUR R., MAGNAN M., Enquête alimentaire chez 1200 enfants représentatifs de la population d'âge scolaire de la ville de Marseille. Cah. Nutr. Diét., 1987, 5:357-65.

[4] HOUGRAND A., Quart-monde et alimentation. Mémoire en vue d'obtention du diplôme de graduat en diététique, Institut provincial d'enseignement supérieur paramédical, Liège, 1987-1988.

[5] ROTILY M., MICHAUD C., Nutrition et populations urbaines défavorisées. Dossier du CFES, France, 1993.

[6] HERCBERG et al., Nutrition et santé publique, approche épidémiologique et politique de prévention. Paris, 1985, 709 p.

2. FACTEURS FAVORISANT LES COMPORTEMENTS A RISQUE EN MILIEUX DEFAVORISES

2.1. Revue de la littérature

Nous venons donc de voir que les comportements à risque sont plus fréquents dans les milieux défavorisés que dans le reste de la population. Dans une perspective de meilleure gestion de ces comportements, il convient de déterminer quels sont les facteurs qui les favorisent.
Les facteurs explicatifs des comportements à risque dans les milieux défavorisés sont de plusieurs ordres : psychologiques, socio-culturels, économiques, environnementaux,...
Nous les avons synthétisés sous forme du tableau suivant :

Facteurs favorisant les comportements à risque en milieux défavorisés			
(d'après l'analyse des articles[1])			
F. psychologiques	F. socio-culturels	F. économiques	F. environnementaux

[1]HENDRICK P, La découverte de la santé : une expérience à Molenbeek.

DECCACHE A, La santé des milieux défavorisés. Synthèse de données épidémiologiques, sociologiques, culturelles et psychologiques collectées dans le cadre du projet "Education pour la santé en milieux défavorisés".

GRENIER JL, BULLE M, DELEPAUT A, La santé dans nos quartiers, c'est la santé de nos quartiers.

GORIS A et FLORENCE B, Kinésithérapie en milieu défavorisé, Courrier de la Fédération des Maisons médicales, n° 7, février 1997.

MARTIN F, Description de l'état de santé global (physique, mental et social) de 300 personnes en situation de précarité sociale hospitalisées au centre de Dreux (France) en 1995.

SCHAETZEL F, QUEROUIL O, Etat de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes, novembre 1991.

FILLE D, HALBARDIER V, RIFFON A, ANDRIEN M, Prévention du cancer et pauvreté, CERES de Liège, septembre 1996.

DAHLGREN G et WHITEHEAD M, Politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé, OMS, Copenhagen, 1992.

BONNIN et al., Santé et publics démunis en Europe, séminaire 16-18 mai 1994, Besançon, France, CFES, 1995.

D'IVERNOIS JF et al., La santé des enfants et des familles du Quart-Monde, Centre international de l'Enfance, Paris, 1988.

Facteurs favorisant les comportements à risque en milieux			
F. psychologiques	**F. socio-culturels**	**F. économiques**	**F. environnementaux**
- grande prévalence des dépressions et des syndromes anxieux - sentiment de honte, de jugement, de discrédit - sentiment de dévalorisation, - fatalisme, - repli sur soi - solitude, isolement social - désintéressement de soi, image négative de soi - stress psychologique et physique - l'effort demandé pour s'insérer est plus grand - absence de projet de vie - priorité de la survie sur la santé - expérience d'inconfort corporel depuis la naissance	- peur de la maladie - stress psycho-social (fragilité du réseau social) - connaissances et croyances - normes sociales - habitudes familiales et socio-culturelles - relation médecin-patient (fossé socio-culturel) - manque de connaissances relatives au schéma corporel - rapport au corps de type instrumental (outil de travail) - perception de la santé - absence d'orientation vers le futur, d'anticipation - priorité de l'alimentation, du logement, du travail, etc sur la santé "physique" - manque de connaissances sur le savoir médical de base - manque de connaissances relatives à l'accessibilité aux services de santé	- difficultés financières - faibles revenus - peu de qualification - pas d'emploi (et donc, pas d'accès à des activités permettant d'améliorer le bien-être, à des examens de bilans de santé réalisés dans le cadre de la médecine du travail), ou emploi instable, à risque	- conditions de vie difficiles - lieu de vie - habitation - emplois dangereux pour la santé

Bien que, pour plus de clarté, ces facteurs soient décrits par catégorie dans le tableau qui précède, il convient de garder à l'esprit que la réalité est bien plus complexe. Le plus souvent en effet, le comportement d'une personne est le résultat de plusieurs de ces facteurs qui s'accumulent, se renforcent, s'autoentretiennent.

Il est à noter que plusieurs de ces facteurs sont à l'origine du recours retardé aux soins de santé et du peu d'intérêt pour la prévention des personnes de milieux défavorisés:

F. Psychologiques	**Facteurs socio-culturels**
- sentiment de honte, de jugement, - dévalorisation - fatalisme - désintéressement de soi - effort plus grand demandé pour s'insérer - vision à court terme	- connaissances et croyances - peur de la maladie, idée de la maladie - fatalité devant la maladie - fossé socio-culturel - échelle des valeurs - perception de la santé - manque de connaissances relatives au corps, à la santé, à la maladie, à l'accessibilité aux services de santé
\ \	/ /
Recours tardif aux soins de santé Peu d'intérêt pour la prévention	
/ /	\ \
- faibles revenus - pas de travail (et donc pas de consultation en médecine du travail) - absence de couverture sociale	- conditions de vie difficile (pas de voiture pour se rendre chez le médecin...)
F. économiques	**Facteurs environnementaux**

2.2. Complément d'information

Par L. BRION et A. DECCACHE

2.2.1. Facteurs explicatifs des comportements à risque

Une autre façon d'analyser les facteurs explicatifs des comportements à risque en milieux défavorisés a été réalisée par L.BRION et A.DECCACHE[1]. Le cadre conceptuel général s'inspire du Precede (GREEN, 1980) et du Proceed (GREEN, 1991). L'examen des causes non comportementales et des facteurs influençant les causes comportementales responsables des inégalités socio-économiques de santé nous a permis de mettre en évidence des relations entre les différents facteurs (voir annexe). Cette annexe présente sous forme de figure les relations existant entre les différentes caractéristiques qui, liées à la pauvreté, influencent l'état de santé.

[1]BRION L., DECCACHE A., Projet de programme de promotion de la santé : lutte contre les inégalités chez les personnes défavorisées, RESO-UCL, 1997.

A. Causes non comportementales

A la suite de divers auteurs (AIACH, 1995; AVALOSSE, 1996; CARTON, NEIRINCKX, 1994; COLIN, 1992; DESCHAMPS, 1996; DUNNIGAN, 1995; FARACI, 1990; HERMANS et al., 1995; WATKINS, 1992), l'analyse des causes non comportementales - qui peuvent être considérées comme des facteurs prédisposants - porte l'attention sur des groupes de population qui courent un risque plus important de pauvreté (envisagée comme un facteur de risque pour la santé).

Divers groupes peuvent ainsi être identifiés en fonction du sexe, de l'âge, du "caractère héréditaire" de la pauvreté, du niveau d'instruction, de l'habitat, du statut professionnel, de la nationalité, des détériorations physiques et mentales et des maladies.

Sur un plan socio-démographique, plus aisé à identifier, bien que moins pertinent que d'autres, divers groupes peuvent ainsi être identifiés (AIACH, 1995; AVALOSSE, 1996; CARTON, NEIRINCKX, 1994; COLIN, 1992; DESCHAMPS, 1996; DUNNIGAN, 1995; FARACI, 1990; HERMANS et al., 1995; WATKINS, 1992) :

- En fonction du **sexe** :

les femmes semblent plus exposées à la pauvreté que les hommes. Ainsi, au Québec, les revenus des femmes sont inférieurs (58 % en 1986) à ceux des hommes, ce qui s'explique notamment par le fait qu'elles sont plus nombreuses à ne pas participer au marché du travail, à occuper des emplois à temps partiel ou irréguliers ou précaires, à occuper des emplois moins bien rémunérés.
D'autres caractéristiques liées aux femmes peuvent être citées :

* la proportion de femmes qui connaissent la pauvreté pendant une longue période est plus élevée chez les femmes que chez les hommes;
* la maternité est un facteur important d'appauvrissement et les mères seules avec enfants forment la catégorie de familles la plus pauvre de toutes;
* plus de la moitié des femmes âgées et seules vivent dans la pauvreté, proportion plus importante que chez les hommes;
* les femmes immigrantes ou porteuses de déficiences sont plus durement atteintes par la pauvreté que les autres.

- En fonction de l'**âge** :

Précarisation d'une partie importante de population : marginalisation des jeunes, exclusions de nombreuses personnes âgées bénéficiant d'une pension proche du revenu minimum garanti, isolement de jeunes familles.

- En fonction du "**caractère héréditaire**" de la pauvreté :

Il existe un cycle reproducteur des précarités. La vulnérabilité sociétale renforce la vulnérabilité sanitaire et vice versa. Les personnes défavorisées vivent une "intériorisation" de la pauvreté et de la précarité ou une certaine accoutumance face à la situation. Les enfants élevés dans ces familles ont tendance à envisager la pauvreté comme "naturelle".

- En fonction du **niveau d'instruction** :

. L'OMS retient le niveau d'instruction comme l'un des indicateurs - des caractéristiques socio-économiques - les plus utiles car fort stable pendant des périodes relativement longues.

. Il existe une marginalisation croissante des moins instruits (particulièrement concentrés dans les classes professionnelles les moins qualifiées).

- En fonction de l'**habitat** :

Les conditions d'habitation ou de logement sont plus défavorables et touchent le type d'habitat, l'espace disponible, la qualité de l'isolation, la qualité environnante de l'air et de l'eau, la présence ou non d'infrastructures sportives à proximité.

- En fonction du **statut professionnel** :

. Les conditions de travail sont plus défavorables pour les groupes au bas de l'échelle sociale (travail plus lourd, plus sale, plus bruyant et plus dangereux). Ces conditions influencent la santé des groupes sociaux les plus bas.

. Les couches sociales les plus basses sont confrontées à des facteurs structurels défavorables telle la perte du travail. Or, le chômage est source de pauvreté et de privations qui ont des répercussions néfastes sur la santé. Il touche principalement les groupes de personnes dont l'état de santé est mauvais, notamment les classes sociales défavorisées.

- En fonction de la **nationalité** :

Etre immigré augmente le risque d'être défavorisé notamment par la difficulté à s'insérer dans les structures sociales.

- En fonction des **détériorations physiques et mentales** et des **maladies** :

Si les causes non comportementales peuvent être envisagées comme des facteurs prédisposants, certaines ne peuvent faire l'objet d'un programme d'éducation pour la santé; c'est notamment le cas de l'âge ou du sexe. Cependant, elles attirent l'attention sur des groupes à risque qui peuvent représenter des cibles préférentielles. Par contre, si des variables telles que le "caractère héréditaire" de la pauvreté, le manque d'instruction, les problèmes d'habitat et d'insertion sociale ou professionnelle ne constituent pas la cible directe d'un programme d'éducation pour la santé, elles peuvent néanmoins subir indirectement des améliorations via la modification de variables processus (facteurs prédisposants, facilitants, renforçants).

B. Causes comportementales

En ce qui concerne les causes comportementales et des facteurs les influençant (sur lesquels cibler plus directement un projet d'éducation pour la santé), nous retenons à la suite de divers auteurs (AVALOSSE, 1996; BERTOLOTTO, 1996; CARTON, NEIRINCKX, 1994; COLIN et al., 1992; DESCHAMPS, 1996; DUNNIGAN, 1995; GOSSET, 1992; HENDRICK, 1992; HERMANS et al., 1995) l'influence des :

- Facteurs **prédisposants** :

Les personnes défavorisées ont un manque de connaissances par rapport au corps, à la santé et à la maladie. De plus, être en situation de pauvreté ou de précarité conduit au développement de croyances, de valeurs et d'attitudes particulières à l'égard de la santé :

. à un *manque de connaissances relatives* au *schéma corporel* s'ajoute un *rapport au corps* de type instrumental (ou d'outil de travail) induisant une grande résistance physique et donc une grande tolérance aux symptômes. En outre, la personne défavorisée est, d'une certaine manière, dépossédée de son propre corps, car toutes les décisions y attenant sont prises par d'autres (travailleur social par exemple).

. La santé est *perçue* comme envers ou absence de maladie ou, de façon utilitaire, comme moyen pour bien fonctionner ou d'avoir un travail. Dans cette optique, la maladie est envisagée avec un certain fatalisme et, en outre, elle est parfois le seul moyen pour atténuer la difficulté de vivre.

L'*orientation vers le futur semble faire défaut* chez les personnes défavorisées comme si l'horizon temporel était rétréci. Ces personnes par manque d'instruction (notamment dans le domaine biomédical) ont un mode de vie axé sur le présent. La santé se vit donc dans le *quotidien* et elle n'est donc pas *anticipée*. Ceci peut également expliquer la sous-évaluation des symptômes par négligence des effets à long terme.

Le ressenti *du besoin de santé* et la *formulation d'une demande* en la matière exige la satisfaction des autres besoins comme : l'alimentation, les vêtements, le logement, le travail, un environnement correct, un revenu, avoir une bonne image de soi, être estimé. Or, pour les personnes vivant dans la précarité, la satisfaction de ces besoins n'est jamais assurée. Ceci explique pourquoi les besoins et les demandes de santé sont relégués au second plan d'autant plus qu'il existe chez les personnes défavorisées la peur d'être jugé, obstacle supplémentaire à l'expression des besoins.

Enfin, les personnes les moins instruites ont tendance à *somatiser* les malaises psychiques et sociaux.

. Les classes moins favorisées sont *moins sensibles* aux messages de *prévention* et recourent préférentiellement au généraliste et aux soins hospitaliers. Un *moindre investissement* dans la *prévention* s'exprime notamment par un moindre recours aux examens de dépistage.

La *compréhension du concept de prévention* demande la maîtrise du temps. Or, nous l'avons vu, les personnes dans la précarité vivent au quotidien. Les messages impliquant l'anticipation de l'état de santé lointain leur sont donc peu accessibles. Il semble que seuls des messages de modération pour éviter la maladie peuvent être acceptés.

. Les personnes défavorisées *développent des attitudes particulières* à l'égard de certains *facteurs de risque* les conduisant à adopter des comportements adaptatifs ou de survie (voir ci-après causes comportementales). Ainsi, les personnes vivant dans la pauvreté peuvent ne pas s'arrêter de fumer car la cigarette représente pour elles une gratification immédiatement accessible ou encore l'unique objet d'échange dans les contacts sociaux. De même, abuser d'alcool ou de drogues pour des jeunes peut leur permettre d'exprimer une souffrance ou une frustration, voire d'y échapper. Ou encore, la maternité de jeunes adolescentes sera souvent vécue comme une manière d'échapper à un milieu familial peu favorable ou d'accéder à un rôle social plus valorisant.

- Facteurs **facilitants** :

. Au niveau des habilités, il existe chez les plus défavorisés une *mauvaise maîtrise de la langue* ou une *difficulté à s'exprimer* clairement et d'emblée sur ses difficultés vécues.

Ces personnes courent ainsi un risque plus grand (supérieur de 40 % par rapport aux catégories plus favorisées) de ne pas savoir se débrouiller seules par rapport à des petits problèmes de santé (accès de fièvre, bouchon dans les oreilles, etc).

En ce qui concerne les savoir-faire en matière de santé, les personnes défavorisées ont des compétences comportementales liées au modèle familial de santé et aux logiques culturelles qui leur sont propres.

. Pour les plus pauvres, l'*accessibilité* aux services de santé est *réduite* pour des raisons matérielles et financières ou encore culturelles (manque d'information, négligence...).

- Facteurs **renforçants** *:*

. Le ressenti est influencé par le rapport particulier au corps caractérisant les personnes défavorisées. Par ailleurs, il existe une relation importante entre la perception subjective de la santé et le recours aux soins qui semble être un déterminant plus important que les pathologies dont la personne souffre. Nous renvoyons pour ce point aux facteurs prédisposants ci-dessus.

. L'impact d'une bonne *intégration sociale* sur la santé et la consommation de soins de santé est démontrée. Les mécanismes de socialisation et de soutien social s'affaiblissent (augmentation de l'isolement, fracture communautaire, transformation de la famille, crise de l'école), ce qui rend les personnes pauvres et peu instruites plus vulnérables à l'isolement social. Il existe une relation significative entre la pauvreté et l'isolement.

En outre, le peu de confiance à l'égard du système de santé conduit les personnes défavorisées à recourir davantage aux *services informels* soit à l'avis de la mère, du conjoint, de la famille ou des voisins.

La famille occupe une grande place et joue un grand rôle chez les plus défavorisés. La culture ouvrière est centrée sur le collectif où l'individu a une valeur seconde en lien avec les contraintes familiales ou sociales, ce qui implique une plus faible capacité à choisir de façon volontaire et individuelle son comportement. Il est donc nécessaire de travailler avec la famille en tenant compte de ses différences pour l'aider à reprendre son rôle de promoteur de la santé.

Le décès d'un proche de la famille, un divorce... ou l'absence de soutien social dans son environnement affectent davantage les classes les plus défavorisées et représentent un stress accru défavorable à la santé et peuvent conduire à un phénomène de *repli sur soi.*

. Les *intervenants sociaux* doivent faire face à la complexification des problèmes vécus par les plus démunis.

La *distance (affective, culturelle, sociale) entre professionnels de santé et patient* est certainement plus grande pour les classes plus défavorisées, ce qui peut réduire les possibilités de dialogue et expliquer en partie le moindre recours aux soins préventifs. Nous y reviendrons dans la suite du projet.

- Causes **comportementales** :

Divers travaux de sociologie ou d'anthropologie montrent que le sujet social placé en situation critique ne fait pas nécessairement des choix rationnels en matière de santé mais s'adapte souvent en fonction d'intérêts "à côté" de la norme. Les comportements adoptés - cibles de la prévention - sont parfois de survie ou adaptatifs à un environnement trop négatif.

Etre en situation de pauvreté ou de précarité entraîne alors des comportements à risque et des habitudes de vie plus néfastes. Ainsi, ce sont les couches sociales les plus basses qui cumulent les comportemens à risque en matière de santé :

. Un lien semble exister entre tabagisme ou consommation d'alcool et classe sociale. Cependant, selon les pays, ce sont tantôt les classes les plus favorisées qui fument ou boivent plus et tantôt les moins favorisées. Il ne semble pas possible de trancher actuellement sur la nature de ce lien.

. Au sujet des habitudes alimentaires, de nombreuses données empiriques confirment une proportion plus importante de malnutrition mais aussi d'obésité dans les classes sociales les plus défavorisées.

. La pratique d'une activité sportive semble être plus faible dans les catégories sociales les plus défavorisées.

2.2.2. Influence de la pauvreté sur l'accessiblité aux soins de santé

Le lien entre pauvreté et santé se caractérise également par un moindre recours aux services de santé.

A. Moindre recours aux services de santé

Les études du CREDES et de l'INSEE (AVALOSSE, 1996) distinguent trois catégories sociales : une catégorie peu favorisée (chef de famille ouvrier ou exploitant agricole ou indépendant ou inactif, revenu < 15 000 FF/mois en 91-92 et sans couverture complémentaire aux prestations de Sécurité sociale soit 9 % de l'échantillon) une catégorie médiane ou groupe de référence (dite de référence ou 83 % de l'échantillon) et une catégorie favorisée (chef de famille cadre supérieur ou moyen, revenu > 19 000 FF/mois en 91-92, soit 8 % de l'échantillon).

Le groupe des peu favorisés recourt moins aux **consultations des médecins généralistes** en dehors de l'hôpital (32 % en moins que le groupe de référence). Ils ont également moins recours aux **spécialistes** (43 % par rapport au groupe de référence). Enfin, ils marquent une préférence pour les généralistes par rapport aux spécialistes avec une préférence pour les consultations au cabinet du généraliste.

En ce qui concerne l'**hospitalisation**, le groupe des peu favorisés consomme plus de jours d'hospitalisation que le groupe favorisé. L'hospitalisation jouerait un rôle de substitution aux soins ambulatoires pour le groupe des peu favorisés. De plus, les groupes défavorisés restent à l'hôpital pendant des séjours plus longs ce qui pourrait notamment s'expliquer par le fait que ces groupes se présentent à l'hôpital avec des pathologies aggravées en consultant plus tardivement.

La consommation de **soins dentaires** est 7 fois moins importante pour les ouvriers non qualifiés par rapport aux cadres supérieurs.

La **consommation pharmaceutique** prescrite ou non est moins importante chez les moins favorisés.

Ce sont aussi les ouvriers non qualifiés qui consomment et dépensent le moins pour les **examens biologiques**.

On peut retenir que plus la catégorie sociale est basse, moins on consomme globalement. On recourt moins souvent aux médecins généralistes ou spécialistes, on consomme moins de spécialités pharmaceutiques, d'examens de biologie, de soins de dentistes, de kinésithérapeute et d'infirmier. Entre généraliste et spécialiste, il existe une préférence pour le généraliste et entre ambulatoire et hôpital, une prépondérance des soins hospitaliers.
Ainsi, paradoxalement, ceux qui ont une santé plus précaire recourent globalement moins aux soins. En outre, les plus défavorisés recourent avec retard aux soins et donc avec des pathologies plus lourdes.

Pour la Belgique, AVALOSSE (1996) relève diverses enquêtes qui confirment ou nuancent les données françaises. Il s'agit notamment des enquêtes de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (échantillon de 1 034 personnes belges de 15 à 69 ans, 1994), du Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudiën (échantillons de 15 239 personnes en Communauté flamande, 1985) et de l'INS sur le budget des ménages (période 1987-1988).

Diverses tendances peuvent être retenues :
- recours préférentiel aux généralistes surtout pour les problèmes légers;
- nette propension à recourir davantage au système de soins pour certains problèmes (accès de fièvre, blessure semblant nécessiter un point de suture, bouchon dans les oreilles);
- recours plus important aux hôpitaux pour les travailleurs non qualifiés et durée de séjour plus longue;

- consommation de médicaments accentuée dans les catégories les plus basses (contrairement aux études françaises).

En ce qui concerne la consommation d'actes ou de services préventifs, celles-ci varient selon le milieu socio-professionnel et culturel (LANG et al., 1990).
En Belgique, les services d'urgence sont fréquentés comme soins de première ligne et il existe une moindre fréquentation des services préventifs par les plus défavorisés. Ceci explique, par exemple, pourquoi la couverture vaccinale des enfants diminue à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale. Ainsi, selon le type de vaccination, le risque de ne pas être vacciné est de 1,5 à 4 fois plus élevé pour les plus défavorisés. Cette inégalité persiste pendant toute l'enfance et même à l'âge adulte où elle peut s'aggraver (DE SPIEGELAERE et al., 1996).

B. Raisons du moindre recours aux services de santé

Diverses explications peuvent être avancées : financières et administratives ou culturelles.

a) Raisons financières ou administratives

Les études du CREDES et de l'INSEE (AVALOSSE, 1996) montrent que le renoncement aux soins pour des raisons économiques touche principalement les ouvriers pour lesquels il est de l'ordre de 25 % environ. Ce taux de renoncement approche les 30 % quand il s'agit de chômeurs. Les restrictions touchent les prothèses dentaires, les soins dentaires, les lunettes et les lentilles, les soins de médecin dont les consultations de généralistes ou de spécialistes, la pharmacie et la kinésithérapie. Le renoncement touche en premier lieu les consommations mal remboursées par l'assurance maladie en France.

La consommation en soins de santé diminue quand les revenus diminuent mais le poids de cette consommation dans le budget du ménage augmente (AVALOSSE, 1996). De plus, les montants à payer par le patient augmentent, ce qui peut conduire à l'effet inverse que celui escompté auprès des personnes défavorisées qui ont dès lors tendance à recourir aux soins plus tardivement, aux urgences de l'hôpital... et donc à mettre en place des démarches encore plus coûteuses pour la sécurité sociale (CARTON, NEIRINCKX, 1994).

Le groupe de travail du Comité de Concertation du programme européen Pauvreté 3 de Charleroi a pu montrer que ± 50 % des personnes disent qu'il leur est arrivé de ne pas appeler le médecin pour des raisons d'argent et ± 50 % des personnes qui consultent un médecin ne peuvent suivre la prescription par manque d'argent. Ceci est confirmé par une autre étude au Centre Public d'Aide Sociale de Saint-Gilles (Bruxelles) qui révèle que dans plus de 60 % des cas, le non recours à des spécialistes est lié au manque d'argent et/ou à la lourdeur des procédures (CARTON, NEIRINCKX, 1994).

En 1991, ALLOO a montré que l'absence de couverture sociale est un obstacle au recours aux soins préventifs pour les bénéficiaires du revenu de survie (Minimex, en Belgique). Ainsi, les soins médicaux sont souvent inaccessibles pour ceux qui ne sont pas en règle de mutuelle mais le deviennent également (à l'heure des restrictions) pour ceux qui ne disposent que du minimum d'existence (TRIGALET P., 1995).

L'accessibilité aux soins est réduite pour les plus défavorisés qui ne sont pas en ordre de mutuelle. Les démarches administratives pour être en ordre d'assurabilité peuvent se révéler d'une grande complexité pour la personne défavorisée d'autant plus que son niveau d'information concernant ses droits à la santé et à l'aide sociale est généralement insuffisant (DECCACHE et al., 1990).

b) Raisons culturelles

Les raisons culturelles concernent des causes non comportementales, des facteurs prédisposants, des facteurs facilitants et enfin, des facteurs renforçants telles les relations avec les personnels sociaux et de santé.

- **Toutes causes et tous facteurs sauf** ceux relatifs aux professionnels de santé:

pour rappel, à un faible niveau d'instruction s'associent de faibles connaissances relatives au corps, à la santé, à la maladie mais également à l'accessibilité des services de santé. Par ailleurs, les personnes défavorisées se caractérisent par des représentations, des habilités et des ressentis particuliers par rapport au corps et dans les domaines de la santé et de la maladie.

Ainsi, si les moins favorisés ont un moindre recours à la prévention et un recours plus tardif aux soins de santé, cela s'explique notamment par une "plus grande tolérance" à la souffrance, une moins bonne connaissance et perception des troubles morbides et de leur reconnaissance comme anormalité (MORMICHE, 1992 in AVALOSSE, 1996). Ils interprètent avec retard les premiers symptômes, éprouvent des difficultés à verbaliser ce qu'ils ressentent, rationnent certains soins jugés non prioritaires et négligent l'application des traitements (AVALOSSE, 1996). Enfin, ils éprouvent un manque de confiance en eux et redoutent l'expérience répétée d'échecs (GODIN, 1993).

Dans son étude sur la santé et le recours aux soins des minimexés dépendant du Centre Public d'Aide Sociale de Saint-Gilles, ALLOO (1991) a pu mettre en évidence divers obstacles à la fréquentation des soins à titre préventif notamment une attitude fataliste "ça passera tout seul... c'est pas la peine... Ça ne sert à rien de voir le médecin", ou encore par manque d'information. De plus, prévenir implique une projection dans le futur, chose peu courante chez les populations défavorisées, marginalisées ou précarisées, qui vivent et fonctionnent au jour le jour (DECCACHE et al., 1990).

Par ailleurs, les personnes défavorisées sont moins réceptives aux campagnes de prévention (plus de difficultés à accéder aux messages, à s'identifier aux idéaux de bien-être des groupes plus favorisés, à adopter les nouvelles formes de pensée relatives à la santé ou avec retard); elles ont donc moins d'atout pour freiner ou enrayer la maladie. Ceci explique aussi pourquoi ces personnes se présentent fréquemment à l'hôpital avec des pathologies plus graves et plus avancées, la prévention ayant peu d'effet sur elles (LANG et al., 1990; AVALOSSE, 1996).

- Facteur relatif à la **relation entre personne défavorisée et professionnel de santé** :

L'un des facteurs responsables d'une utilisation peu efficace du système de soins semble résider dans la mauvaise relation qui peut exister avec les professionnels de santé. En effet, être en situation de pauvreté ou de précarité conduit au développement de rapports différents avec les services de santé et les professionnels de santé (ALLOO, 1991; AVALOSSE, 1996; BERTOLOTTO, 1996; CARTON, NEIRINCKX, 1994).

Du point de vue de la **personne défavorisée** :

. Le manque d'instruction rend difficile l'expression ("le savoir-dire") des messages du corps lors d'un contact avec un professionnel de santé. En conséquence, il est primordial de consacrer beaucoup de temps à l'écoute et aux échanges mais aussi d'instaurer un climat de confiance.

. L'absence ou l'abandon des préceptes préventifs et le développement d'attitudes où la santé semble désinvestie portent une réelle valeur symbolique. Ceci est en contradiction avec les références culturelles et professionnelles propres des professionnels de santé.

. Le sentiment de dépendance ou d'infériorité ressenti à l'égard du corps médical induisant une grande perméabilité à l'interventionnisme des professionnels de santé. Il est dès lors important de manifester de l'intérêt et du respect pour permettre aux personnes de se sentir revalorisées.

. Les expériences antérieures de la médecine qui peuvent être négatives et la peur d'être jugé par le personnel de santé.

. Le recours fréquent au généraliste lié à une perception plus positive et plus large des compétences de ce dernier. Aussi, le professionnel de santé doit croire aux forces et aux compétences des personnes et leur faire savoir.

. La tendance des personnes moins instruites à somatiser les malaises psychiques et sociaux et donc à recourir à un médecin généraliste pour y faire face. Le professionnel de santé doit donc prescrire des médicaments avec prudence.

Du point de vue des **professionnels de santé** :

. Ils ne se sentent pas investis d'une fonction sociale de protection mais plus souvent d'un rôle technique et thérapeutique. Cependant, il est nécessaire qu'ils puissent intégrer au diagnostic le contexte socio-économique et qu'ils soient capables d'assurer aux personnes démunies un soutien social en leur faisant connaître les ressources communautaires par l'établissement d'un contact direct. La recherche de nouvelles voies d'intégration sociale, de valorisation, d'amélioration de la situation doit se faire en collaboration avec les personnes démunies.

. Ils soignent davantage les symptômes (les personnes défavorisées consultent souvent dans l'urgence) et par ailleurs, sans pouvoir assurer de suivi médical. Ils doivent être capables de doser les interventions préventives parmi les urgences (notamment par la multidisciplinarité soit en dirigeant vers d'autres spécialistes, soit en travaillant conjointement).

. Ils sont porteurs d'un savoir issu de leur propre milieu de vie (valeurs, représentations du corps, références culturelles, éducation, estime de soi...). Aussi, le fond ou la normalité de leur discours peut représenter un obstacle important. Ceci implique de respecter les personnes précarisées (valeurs, questions éthiques, contraintes et réticences face au traitement, capacités d'adaptations aux situations de vie, modes d'adaptation...) et leurs choix en sachant mettre à distance ses propres valeurs. Cela suppose aussi de faire preuve de souplesse à l'égard de comportements qui peuvent être jugés à tort comme un manque de collaboration.

. La forme du discours (vocabulaire, style...) peut constituer une barrière entre professionnels et personnes défavorisées. Il est donc essentiel de tenir compte des capacités d'expression et de compréhension de la personne défavorisée.

. Ils ont tendance à s'épuiser en s'impliquant au-delà des limites face à une situation aux problèmes complexes. Il est primordial qu'ils se donnent des occasions de se ressourcer via des formations à l'intervention en milieu défavorisé.

En conclusion, la distance "culturelle" entre la personne défavorisée et le professionnel de santé semble représenter un obstacle important dans l'accès aux soins et la prévention. Cette distance ne peut être réduite par la promotion et l'éducation pour la santé, mais d'abord par la prise de conscience par les professionnels (et les personnes concernées). La prise en compte de cette distance, devrait permettre de rapprocher les points de vue et surtout, rendre possible le respect du regard et des valeurs de l'autre dans la recherche de solutions et d'options d'actions.

VARIABLES D'ENTREE

Causes non comportementales

- être une femme
- être jeune ou âgé
- être immigré

- "hérédité" de la pauvreté
- manque d'instruction
- habitat/logement défavorable
- environnement défavorable
- sans emploi ou travail précaire -----
- conditions travail difficiles
- détériorations phys. et mentales
- maladies

VARIABLES PROCESSUS

Facteurs prédisposants

- manque de connaissances relatives au corps
- rapport au corps de type utilitaire
- dépossession du corps
- repli sur soi
- santé vécue comme utilitaire/au quotidien --- MOTIVATION---
- moindre investissement dans prévention
- attitudes particulières par rapport à la santé

Facteurs facilitants

- accès aux soins réduits pour raisons écon., administr., géogr., culturelles
- mauvaise maîtrise de la langue
- difficulté à s'exprimer
- faible capacité à régler petits problèmes de santé

Facteurs renforçants

- relation entre pauvreté et faiblesse réseau social
- rôle important de la famille
- distance importante entre professionnels de la santé et personnes défavorisées

VARIABLES EFFETS

Causes comportementales

comportements de santé :
- tabagisme (?)
- alcool (?)
- malnutrition ------ Problèmes de santé ------ Qualité de vie
- grossesse chez l'adolescente

comportements généraux :
- mode de vie
- comportement d'accès aux soins

SANTE

PAUVRETE ET SES CARACTERISTIQUES

Liens entre pauvreté et santé

BIBLIOGRAPHIE du complément d'information (L BRION et A DECCACHE)

AIACH P. (1995). La société au miroir des inégalités de santé in Inégalités, santé, exclusion, Revue Prévenir, 28, 29-35.

ALLOO M.-J. (1991). Définition et perception de la problématique de santé auprès de bénéficiaires des CPAS. Mémoire présenté dans le cadre de la Licence en Sciences Hospitalières et Médico-Sociales, UCL, Ecole de Santé publique, Département des Sciences Hospitalières, Louvain-en-Woluwe.

AVALOSSE H. (1996). Santé et inégalités sociales. M-Dossier 25. Département Recherche et Développement ANMC, Bruxelles.

BERTOLOTTO F. (1996), L'éducation pour la santé face à la "fracture sociale". Actualité et dossier en Santé publique, 16, septembre 1996, 29-31.

CARTON B., NEIRINCKX P.M. (1994). Rapport général sur la pauvreté, réalisé à la demande du Ministre de l'Intégration sociale, Par la Fondation Roi Baudoin, en collaboration ave ATD Quart-Monde Belgique et l'Union des Villes et Communes belges section CPAS, Bruxelles : Fondation Roi Baudoin.

COLIN C. OUELLET F., BOYER G. MARTIN C. (1992). Extrême pauvreté, maternité et santé, Montréal : Saint-Martin.

DECCACHE A. et al. (1990), La santé des milieux défavorisés. Synthèse de données épidémiologiques, sociologiques, culturelles et psychologiques collectées dans le cadre du projet "Education pour la santé en milieux défavorisés" réalisée à la demande de M. le Ministre de la Santé de la Communauté française de Belgique, Bruxelles, janvier 1990.

DESCHAMPS J.-P. (1997). Tous acteurs de la santé. Education Santé, 115, 2-5.

DE SPIEGELAERE M., DRAMAIX M., HENNART P. (1996). Inégalités sociales et prévention : le statut vaccinal des adolescents. Rev. Epidém. et Santé Publ., 44, 228-236.

DUNNIGAN L., GRAVEL N. (1995). La femme et la société : pauvreté, isolement, monoparentalité. La santé des femmes, fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Québec : FMOQ, EDISEM/MALOINE, 895-909.

FARACI I. (1990). Pauvreté-précarité : une première analyse avec... Moc Info, 2, 2-9.

GODIN I. (1993). La culture des familles et leur santé. Arch. Public Health, 51 (1-4), 89-96.

HERMANS H. et al. (1995). Vers une enquête de santé par interview en Belgique, Rapport du travail de préparation, IHE-programme 3152, IHE/EPISERIE n°3, Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Service Epidémiologie, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège, Administratie Gezondhzeidzorg, Vlaamse Gemeenschap, Direction Générale de la Santé, Communauté française.

LANG T. et al. (1990). Hôpital, médecine du travail et correction des inégalités dans le domaine de la prévention. Rev. Epidém. et Santé publique, 38, 281-286.

TRIAGALET P. (1995), Dossier saisonnier : La pauvreté. Nursing Today, 6, décembre 1995, 24-25, 27-33.

WATKINS S.J. (1992). Le chômage et la santé. Santé du Monde, novembre-décembre 1992, 18-19.

CHAPITRE IV

LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE EN MILIEUX DEFAVORISES

1. DESCRIPTION DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

1.1. Revue de la littérature

Lors de l'enquête réalisée auprès de médecins généralistes bruxellois[1], plusieurs d'entre eux ont cité l'importance d'une bonne relation médecin - patient défavorisé comme préalable indispensable à la prévention dans ces milieux. Avant d'aller plus loin, il est donc important d'analyser cette relation. Voyons ce que rapporte la littérature à ce sujet.

Plusieurs articles traitent de la relation médecin - patient défavorisé[2 3 4 5 6 7 8 9].

[1]HEREMANS P, DECCACHE A, 1997.

[2]DECCACHE A, 1990.

[3]GRENIER JL, BULLE M, DELEPAUT A, la santé dans nos quartiers c'est la santé de nos quartiers.

[4]ANDRES, 1996.

[5]FILEE D, HALBARDIER V, RIFFON A, ANDRIEN M, 1996.

[6]MARTIN F, 1995.

[7]ATD Quart-Monde, 1995.

[8]D'IVERNOIS JF et al, 1988

[9]OUDET O , PISSARO B,1993

Le point de vue des médecins...

Si dans certains cas, cette relation se passe bien, les professionnels de la santé expriment souvent du découragement face à la relation médecin-patient défavorisé.

Les médecins reprochent souvent aux patients de milieux défavorisés de ne pas distinguer ce qui est grave de ce qui ne l'est pas. Les patients consultent pour rien et n'importe quand. Les soins sont souvent donnés en urgence, sont essentiellement symptomatiques et sans suivi. "Les problèmes se répètent sans cesse et s'accumulent".

La demande de soins des plus pauvres les met aussi en difficulté parce qu'elle déborde parfois largement du domaine de la compétence médicale.

Le patient de milieux défavorisés considérerait le médecin tantôt de façon sceptique, tantôt en l'idéalisant. Le médecin passe parfois pour un magicien.

La communication médecin-patient défavorisé est encore plus complexe que dans d'autres milieux. L'exemple qui suit le montre bien :

- un médecin interroge une patiente : "qu'avez-vous ?"
- la patient répond : "mais c'est vous le docteur !"

De plus, une demande en cache bien souvent une autre bien plus grave, ignorée ou non par le patient.

Soulignons aussi quelques difficultés auxquelles se heurtent les praticiens quand ils doivent poser un diagnostic, prescrire, réaliser un soin : difficulté pour le patient à se rendre à la consultation, à respecter les plages d'horaires ou le rendez-vous de la consultation, la visite à domicile a lieu dans un cadre déroutant, dans des pièces surpeuplées, mal éclairées, ce qui incite à des décisions hâtives, difficulté à distinguer la vraie de la fausse urgence, interrogatoire malaisé,...

Les soignants sont donc souvent découragés dans leur approche des milieux défavorisés. Ce découragement est aussi renforcé par les clichés véhiculés ("ça ne sert à rien, ça ne marche pas") par ce type de patient.

Enfin, plusieurs soignants se disent souvent épuisés après ce type de consultation, tellement les situations sont complexes et leur demandent de s'impliquer au-delà de leurs limites ou de leurs compétences.

Le point de vue des patients de milieux défavorisés...

De leur côté, les patients défavorisés reprochent aux médecins de ne pas être disponibles, de manquer d'écoute, de racisme, de dire des choses qu'ils ne comprennent pas. Ils ont peur de déranger le médecin "pour si peu", et retardent la consultation...

Le médecin est tantôt vu comme un magicien, tantôt comme un homme pressé qui, par sa formation, sait identifier les maladies sans qu'il soit nécessaire de dire ce qui ne va pas.

Mais que ceci ne nous fasse pas oublier que le médecin généraliste est aussi choisi par les gens de milieux défavorisés comme étant une personne de confiance. Leurs attentes face au médecin sont : qu'il dise la vérité, rassure, donne un bon traitement, soit compétent, informe, respecte la confidentialité et le secret, écoute et "choit".

Comment se fait-il que la relation soignant-soigné soit particulièrement difficile en milieux défavorisés ? Il semble en fait qu'un des facteurs les plus importants, sinon le principal, soit le fossé socio-culturel qui sépare, ici plus qu'ailleurs, soignant et soigné.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRES Bruno, "Des soins à la promotion de la santé : place des médecins généralistes dans la lutte contre l'exclusion". Mémoire de diplôme de santé publique et communautaire. Ecole de santé publique. Faculté de Nancy, mai 1996.

ATD Quart-Monde, Action Santé Culture Quart Monde, 28 octobre 1995.

DECCACHE A et al, La santé des milieux défavorisés. Synthèse de données épidémiologiques, sociologiques, culturelles et psychologiques collectées dans le cadre du projet "Education pour la santé en milieux défavorisés". Bruxelles, janvier 1990.

D'IVERNOIS JF et al, La santé des enfants et des familles du Quart-Monde, Centre international de l'enfance, Paris, 1988

FILEE D, HALBARDIER V, RIFFON A, ANDRIEN M, Prévention du cancer et pauvreté, CERES de Liège, Septembre 1996.

GRENIER JL, BULLE M, DELEPAUT A, la santé dans nos quartiers c'est la santé de nos quartiers.

HEREMANS P, DECCACHE A, La prévention dans les milieux défavorisés, enquête auprès de médecins généralistes, RESO, UCL, 1997.

MARTIN F, Description de l'état de santé global (physique, mental et social) de 300 personnes en précarité sociale hospitalisées au centre de Dreux en 1995.

OUDET O , PISSARO B, Les médecins généralistes libéraux face aux situations de grande pauvreté, santé publique 1993, n°4-5, pp24-24.

1.2. L'enquête auprès des médecins généralistes belges

Nous avons demandé aux médecins généralistes belges quelles étaient les difficultés qu'ils rencontraient avec les patients défavorisés. Voici leurs réponses:

Les principales difficultés rencontrées par le généraliste avec les patients de milieux défavorisés sont :

L'incapacité du patient à sérier et hiérarchiser ses plaintes. Tout est mis sur le même pied. Les médecins attribuent cela à un manque d'éducation sanitaire, au fait qu'ils maîtrisent très mal toute une série de variables de leur corps, de leur santé.

La difficulté de trouver un *bon médicament* compatible avec leur *budget.*

La *communication* est souvent difficile, et demande beaucoup d'effort au médecin. Les non-dits, les images utilisées varient avec la culture , l'éducation, etc. Les massages sont difficiles à faire passer. Un médecin généraliste qui travaille surtout en milieux défavorisés dit bien s'en sortir en utilisant des images. "Mais ce n'est pas forcément avec ceux qui ne parlent pas français qu'on a le plus de mal à communiquer".

Derrière la plainte exprimée se cache souvent un autre problème bien plus grave, ignoré ou non par le patient. Certains médecins disent que les patients défavorisés les *testent* par motif anodin. Quand ce test a été jugé positif par le patient, alors il aborde le vrai problème. "Si c'est pour se faire rejeter, autant que ce soit pour un rhume que pour une demande d'avortement".

La *désorganisation* : rendez-vous manqué, retard, pas de prise de rendez-vous pour les examens complémentaires, ou alors ils ne reviennent pas chercher les résultats.

L'urgence (non fondée, le plus souvent) du motif d'appel. Tout problème est considéré comme urgent pour le patient défavorisé. Ceci est d'autant plus difficile à accepter par le médecin que les problèmes exposés sont souvent complexes, intriqués, et existent depuis longtemps. "Or, ce serait plus facile de les gérer en dehors de ce climat d'urgence, s'ils avaient été pris à temps, s'il y avait un suivi, etc."

Souvent, ils appellent *pour rien*, ou alors, beaucoup *trop tard¼*

Le *manque de suivi* et la *compliance moindre.* Ceci n'est pas uniquement dû au coût ; même quand les médicaments sont gratuits, le patient les arrête dès qu'il se sent mieux. S'attendant à cette compliance moindre, le généraliste prescrit quand c'est possible des médicaments dépourvus " d'effet rebond ".

Les médecins *n'osent pas proposer de revenir* voir le patient, vu les difficultés financières de celui-ci. Or, leurs pathologies, leur mauvaise compliance,¼ le nécessitent. "C'est plus facile quand ils ont une carte santé du CPAS".

2. Pistes pour améliorer la relation soignant-soigné en milieux défavorisés

La plupart des médecins citent l'importance de la relation soignant-soigné dans une perspective de prévention en milieux défavorisés. La qualité de cette relation serait même une forme de prévention pour ces patients.

Les conseils qui suivent sont extraits :
- des interviews de médecins généralistes belges
- de la revue de la littérature
- et du séminaire européen .

2.1. L'avis des médecins généralistes belges

Nous avons demandé aux médecins généralistes eux-mêmes comment on pourrait améliorer la relation médecin-patient en milieux défavorisés. Voici leurs recommandations.

Même s'il exprime parfois du découragement, ou ne s'attend pas à un bon suivi, le médecin généraliste a un *sentiment d'utilité* en travaillant en milieux défavorisés. Ce sentiment d'utilité est bien sûr indispensable pour celui qui veut travailler dans ces milieux, où le travail est énorme, et les problèmes souvent multiples.

Afin d'envisager de faire de la prévention, mais aussi pour la qualité de la relation, la *fidélisation* du patient défavorisé est primordiale pour le médecin généraliste. "Mais, pour cela, nous devons mériter leur confiance...". Dans cette optique, *le temps* est un facteur indispensable.

Le patient défavorisé est considéré par plusieurs médecins comme " *fidèle dans son infidélité* ". " Ils vont en face et puis reviennent ". " Je suis sûr que j'ai un fichier quasi commun avec mon confrère d'en face ". Cela pose d'ailleurs certains problèmes en ce qui concerne la prévention : le patient se souvient avoir reçu une piqûre, mais laquelle ? Toutefois, grâce à cette fidélité même partielle ou partagée, il y a moyen de faire de l'éducation pour la santé du patient.

Plusieurs médecins ont l'impression que le patient défavorisé ne va souvent pas directement au but dans sa demande aux professionnels de la santé. "Mais il est vrai que si c'est pour se faire rejeter, autant que ce soit pour un banal rhume que pour une demande d'avortement". Tout l'art du praticien est alors de *décoder le véritable problème.* "Pour cela, il faut adopter une *attitude de respect, d'accueil, d'écoute*. De plus, le patient doit sentir que nous le prenons au sérieux".

La plupart des médecins interviewés disent être les seuls *" notables " acceptés* par les gens de milieux défavorisés. Les autres seraient là (ou considérés comme tels par les patients) pour les juger, les condamner, et les familles défavorisées les accueilleraient très mal. "A nous de saisir cette opportunité dans la qualité de la relation. Mais nous devons aussi tout faire pour que cette acceptation se maintienne".

Encourager et aider le patient à faire certaines démarches est jugé plus utile par le médecin que de les faire à leur place, " même si cette façon de faire nous prend souvent plus de temps ". De même, pousser les gens à respecter les horaires de consultation est une façon de les aider à se structurer, s'organiser et finalement, se réinsérer.

Le respect de l'autre, la compréhension, l'écoute, la simplicité semblent être fondamentaux pour qu'une bonne relation s'installe. Cette bonne relation est, d'après les médecins, le préalable indispensable à la fidélisation, elle même primordiale pour faire de la prévention avec ce type de patient.

2.2. La revue de la littérature

La littérature nous offre également des éléments de réponse à la question de l'amélioration de la qualité de la relation soignant-soigné en milieux défavorisés.

Pour A. DECCACHE[1], à un problème multifactoriel ne peuvent se présenter que des solutions multiples, et l'éducation pour la santé est une forme d'action qui, comme les autres approches d'aide aux milieux défavorisés, doit être régulière, progressive et constante... L'inadéquation actuelle des solutions existantes pour répondre aux besoins des milieux défavorisés peut être corrigée :
- en analysant, comprenant mieux et prenant en considération les déterminants culturels des comportements,
- en formant des agents de santé à un autre regard et une autre écoute de ces milieux,

[1] DECCACHE A et al, 1990

- en évitant une approche normative : le travail éducatif consiste à connaître, et donc tenir compte, des caractéristiques culturelles d'une population, et non d'y appliquer d'autres normes,
- en ne s'arrêtant pas aux explications simplistes (par exemple comme le fait de croire que si ces gens ont beaucoup d'enfants, c'est par manque de connaissances ou pour les allocations familiales).

Selon P. HENDRICK[1], médecin généraliste dans une maison médicale implantée en quartier défavorisé bruxellois, "nous devons nous éduquer pour être adéquat". Selon lui, la relation soignant-soigné passe par un temps d'apprivoisement indispensable. "On dit toujours qu'il faut éduquer les gens très pauvres. On entend beaucoup plus rarement qu'il faudrait nous éduquer pour être adéquats par rapport à ces familles". "Nous partons d'un modèle de prévention inadéquat avec les gens de milieux défavorisés : le modèle idéal. Les gens se sentent disqualifiés d'emblée. Or, on ne peut rien construire sur la honte...".

D'IVERNOIS[2] lance aussi quelques pistes pour améliorer la relation soignant-soigné en milieux défavorisés. Ce qui suit est issu de D'IVERNOIS, et complété par quelques réflexions échangées lors du séminaire ou des interviews de médecins généralistes.

Etablir un dialogue avec le patient nécessite, tout d'abord, de *surmonter les divers préjugés* qui ont cours sur les plus démunis ("s'ils sont pauvres, c'est qu'ils le veulent bien", "ils ont bien de l'argent pour s'acheter télévision et magnétoscope...").

Nous devons non seulement prendre conscience *des représentations, du système propre de valeurs* par rapport à la santé des individus, mais également en tenir compte dans la dynamique qui s'installe tout au long de la consultation. La santé n'est pas forcément une priorité. De même, dans le domaine de la santé, les priorités divergent souvent : si, pour un soignant, la priorité est de soigner une hypertension ou un diabète, pour le patient, c'est peut-être se sentir bien, pouvoir continuer les activités qu'il aime ou qu'il a l'habitude de faire.

Les plus pauvres sont *des individus à part entière* : considérons-les dès lors comme tels ! Tant la négation de leur réalité de vie que l'extrême sollicitude ou la culpabilité à l'égard de ces patients ne constituent pas une relation d'aide.

[1]HENDRICK P.

[2]D'IVERNOIS et al, 1988.

Les réponses aux problèmes de santé de tout individu doivent être *adaptées à la réalité de sa vie.* Si cela va de soi pour des patients de classes moyennes ou favorisées, cela ne coule pas toujours de source pour un patient défavorisé, dont les réalités quotidiennes sont souvent très éloignées des nôtres. Le fossé socio-culturel qui sépare le soignant du soigné est énorme dans ce contexte. Le réaliser est sans doute le point de départ d'une meilleure gestion de celui-ci.

Il faut également savoir que, plus menacé que d'autres, le très pauvre ne se livre que par bribes. Ce n'est que progressivement, la confiance s'instaurant au fil des mots, que se découvriront, petit à petit, les côtés les moins roses de sa vie, son véritable tissu social, et qu'il parviendra à oser dire ce qui lui tient le plus à coeur. Rappelons ici deux éléments importants de l'enquête qui s'est déroulée auprès des médecins généralistes belges :

- Trop souvent, le soignant ne réalise que fort tard les réalités de vie de son patient. La visite à domicile est bien souvent le moment où le soignant réalise, à sa grande stupéfaction, les difficultés quotidiennes de son patient. Qu'en est-il de l'éducation pour la santé dans ce contexte ? Comment adapter conseils et traitements quand on ignore ces difficultés ?

- Les médecins interviewés ont l'impression que les patients défavorisés les testent par des questions anodines. Quand la réponse à ces questions a été jugée positive par le patient, alors se révèlent les vraies préoccupations. "Habitué à être rejeté ou bafoué, le plus pauvre nous teste... Si c'est pour se faire rejeter, autant que ce soit pour un rhume que pour une demande d'avortement...".

Rappelons également que la notion de temps intervient énormément en milieux défavorisés :
- La notion de temps a été jugée importante par le médecin généraliste dans la définition du concept de "milieux défavorisés" : une situation de crise ponctuelle n'est pas suffisante pour définir ce concept. Par contre, la notion de durée dans laquelle s'inscrivent les précarités est un critère important de la définition.
- Le temps est également un élément clé de la relation soignant-soigné. Ce n'est qu'au fil des rencontres, et de la qualité de celles-ci, que s'établira une relation de confiance qui permettra de "fidéliser" le patient, et de pouvoir envisager avec lui des activités à long terme.
- La vie des plus défavorisés, comme la nôtre, comporte des hauts et des bas. Mais, ces bas sont souvent infiniment plus dramatiques et plus complexes que les nôtres, et se suivent parfois à un rythme accéléré.
- Les gens de milieux défavoirisés sont habitués à vivre au jour le jour. Il leur manque bien souvent l'espoir d'un lendemain meilleur. Or, la prévention exige que l'on s'intéresse au lendemain... Ne pourrions-nous pas leur rendre cet espoir en l'avenir par le biais de la prévention ?

Enfin, L.BRION et A.DECCACHE[1] tentent également d'expliquer la difficulté de la relation soignant-soigné en milieux défavorisés, et lancent quelques propositions pour l'améliorer :

"L'un des facteurs responsables d'une utilisation peu efficace du système de soins semble résider dans la mauvaise relation qui peut exister avec les professionnels de santé. En effet, être en situation de pauvreté ou de précarité conduit au développement de *rapports différents* avec les services de santé et les professionnels de santé (ALLOO, 1991; AVALOSSE, 1996; BERTOLOTTO, 1996; CARTON, NEIRINCKX, 1994).

Du point de vue de la **personne défavorisée** :

. Le manque d'instruction rend difficile l'*expression* ("le savoir-dire") des messages du corps lors d'un contact avec un professionnel de santé. En conséquence, il est primordial de consacrer beaucoup de temps à l'écoute et aux échanges mais aussi d'instaurer un climat de confiance.

. L'absence ou *l'abandon des préceptes préventifs* et le développement d'attitudes où la *santé* semble *désinvestie* porte une réelle valeur symbolique. Ceci est en contradiction avec les références culturelles et professionnelles propres des professionnels de santé.

. Le sentiment de *dépendance ou d'infériorité* ressenti à l'égard du corps médical induisant une grande perméabilité à l'interventionnisme des professionnels de santé. Il est dès lors important de manifester de l'intérêt et du respect pour permettre aux personnes de se sentir revalorisées.

. Les *expériences antérieures* de la médecine qui peuvent être négatives et la *peur d'être jugé* par le personnel de santé.

. Le recours fréquent au généraliste lié à une *perception plus positive et plus large des compétences* de ce dernier. Aussi, le professionnel de santé doit croire aux forces et aux compétences des personnes et leur faire savoir.

. La tendance des personnes moins instruites à *somatiser* les malaises psychiques et sociaux et donc à recourir à un médecin généraliste pour y faire face. Le professionnel de santé doit donc prescrire des médicaments avec prudence.

[1]BRION L, DECCACHE A., 1997

Du point de vue des **professionnels de santé** :

. Ils ne se sentent *pas investis d'une fonction sociale* de protection mais plus souvent d'un rôle technique et thérapeutique. Cependant, il est nécessaire qu'ils puissent intégrer au diagnostic le contexte socio-économique et qu'ils soient capables d'assurer aux personnes démunies un soutien social en leur faisant connaître les ressources communautaires par l'établissement d'un contact direct. La recherche de nouvelles voies d'intégration sociale, de valorisation, d'amélioration de la situation doit se faire en collaboration avec les personnes démunies.

. Ils *soignent davantage les symptômes* (les personnes défavorisées consultent souvent dans l'urgence) et par ailleurs, sans pouvoir assurer de suivi médical. Ils doivent être capables de doser les interventions préventives parmi les urgences (notamment par la multidisciplinarité soit en dirigeant vers d'autres spécialistes, soit en travaillant conjointement).

. Ils sont *porteurs d'un savoir issu de leur propre milieu de vie* (valeurs, représentations du corps, références culturelles, éducation, estime de soi...). Aussi, le fond ou la normalité de leur discours peut représenter un obstacle important. Respecter les personnes précarisées (valeurs, questions éthiques, contraintes et réticences face au traitement, capacités d'adaptations aux situations de vie, modes d'adaptation...) et leurs choix en sachant mettre à distance ses propres valeurs mais aussi faire preuve de souplesse à l'égard de comportements qui peuvent être jugés à tort comme un manque de collaboration doivent guider l'action des professionnels.

. La *forme du discours* (vocabulaire, style...) peut constituer une barrière entre professionnels et personnes défavorisées. Il est donc essentiel de tenir compte des capacités d'expression et de compréhension de la personne défavorisée.

. Ils ont tendance à *s'épuiser en s'impliquant au-delà des limites* face à une situation aux problèmes complexes. Il est primordial qu'ils se donnent des occasions de se ressourcer via des formations à l'intervention en milieu défavorisé.

En conclusion, la distance "culturelle" entre la personne défavorisée et le professionnel de santé semble représenter un obstacle important dans l'accès aux soins. Cette distance ne peut être réduite par la promotion et l'éducation pour la santé, mais la prise de conscience par les professionnels (et les personnes concernées), la prise en compte de cette distance, devrait permettre de rapprocher les points de vue et surtout, rendre possible le respect du regard et des valeurs de l'autre dans la recherche de solutions et d'options d'actions."

BIBLIOGRAPHIE (pistes de solutions)

BRION L, DECCACHE A, Projet de programme de promotion de la santé : lutte contre les inégalités chez les personnes défavorisées, RESO-UCL, Bruxelles, 1997.
DECCACHE A et al, La santé des milieux défavorisés. Synthèse de données épidémiologiques, sociologiques, culturelles et psychologiques collectées dans le cadre du projet "Education pour la santé en milieux défavorisés". Bruxelles, janvier 1990.
D'IVERNOIS JF et al, La santé des enfants et des familles du Quart-Monde, Centre international de l'enfance, Paris, 1988
Dossier "pauveté et santé", Revue Contact n°60
HENDRICK P., La découverte de la santé, une expérience à Molenbeek

2.3. Apport du séminaire européen

Rappelons ici les propos tenus par l'un des partenaires du projet, lors du séminaire:

"J'aimerais préciser quelque chose au sujet des populations que l'on dit "difficiles à atteindre". Les professionnels de la santé ont toujours un certain type de discours sur ces populations. Mais, si elles sont si difficiles à atteindre, c'est peut-être justement à cause de ce discours que l'on porte sur elles. Tant que l'on ne modifie pas le regard que l'on porte sur ces personnes, nos pratiques de soignants, qui sont déterminées par notre regard, continuent à rendre ce public difficile à atteindre. Certains auteurs parlent différemment de ces groupes, en soulignant le positif de ces populations (et pas seulement "leur manque de..."). On ne peut en effet rien construire sur un manque... Modifier notre regard, notre manière de parler, notre manière d'être, réfléchir sur ce qui nous différencie de ces personnes et non pas en terme de difficultés ou de déficits, cela modifie nos pratiques, cela rend ces populations souvent moins difficiles à atteindre, car nos pratiques les rendent moins "inatteignables".

Lors du séminaire, la question des rôles, compétences et limites du médecin généraliste face aux patients défavorisés a largement été discutée.

En milieux défavorisés, la demande du patient dépasse bien souvent le domaine purement médical. Mais,

- D'un côté, le médecin généraliste n'est pas un assistant social. Il n'est pas formé pour. Ces deux professions sont distinctes et complémentaires.

- D'un autre côté, les problèmes des plus pauvres ont des aspects tant sanitaires que sociaux, et ces deux aspects sont bien souvent intriqués l'un dans l'autre. Afin d'être utile et de répondre à la demande du patient, le médecin généraliste doit sortir de son champ de compétence purement médical.

La santé est, selon la définition de l'OMS, "un état de bien-être physique, mental et social". Ces trois aspects de la santé sont étroitement liés. Le médecin ne peut ignorer l'un d'eux. Mais, quelles sont ses compétences et ses limites ? La réponse, si elle existe, est sans doute intermédiaire... Si le médecin doit être extrêmement attentif aux aspects sociaux de ses patients, cela ne signifie pas pour autant qu'il doive assumer lui-même le rôle d'assistant social.

Lorsque nous avons interrogé les médecins généralistes belges, tous ont dit que le rôle social du médecin généraliste était énorme en milieux défavorisés. Si certains disent assumer ce rôle eux-mêmes, d'autres préfèrent référer le patient à des gens jugés plus compétents.

Ce qui compte finalement pour le bien-être du patient, c'est que le médecin repère les difficultés sociales, qu'il en tienne compte, et qu'il en assure un suivi, de façon directe ou par personne interposée.

CHAPITRE V

LA PREVENTION EN MILIEUX DEFAVORISES

PAR LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

1. INTRODUCTION

"Dans les années 90, les politiques sanitaires auront principalement pour objectif d'atténuer les inégalités en matière de santé... L'égalité devant la santé est l'un des thèmes essentiels de la stratégie européenne de la Santé pour tous élaborée par l'OMS... Or, de tous les buts de la santé pour tous, c'est celui qui suscite les plus vives inquiétudes du fait de l'absence de progrès"[1].

Pourquoi s'intéresser à la prévention ?

Les premières de causes de mortalité en Belgique (et dans la plupart des pays européens), à savoir les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les accidents, peuvent être prévenues. Il est actuellement reconnu que certaines mesures de prévention réduisent mortalité et morbidité, et que l'intégration de la prévention à la clinique est un moyen efficace de dispenser des soins complets[2].

En 1992, la Belgique compte 36.178 médecins. 17500 d'entre eux sont généralistes. L'accessibilité géographique et financière semblent assurées dans notre pays. Paradoxalement, dans ce contexte de bonne accessibilité aux soins de première ligne, la couverture préventive de la population est loin d'être optimale : insuffisance de couverture vaccinale, niveau élevé de facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires, etc.[3] [1].

---

[1]DAHLGREN G et WHITEHEAD M, Politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé, OMS, Copenhagen, 1992

[2]*Le guide canadien définit la prévention clinique comme une interaction médecin-patient qui favorise la santé et qui prévient les maladies.*
BEAULIEU MD, Guide canadien de médecine préventive, groupe d'étude canadien sur l'examen clinique périodique, 1994, 1136p.

[3]La couverture vaccinale antitétanique en 1988 était de 39% chez les 16-60 ans et de 26% chez les plus de 60 ans. Autre exemple : le taux de couverture "mammographique" était estimé à 31% des femmes de 50 à 69 ans en 1991. LEVEQUE A et al, Style de pratique en médecine générale et activités de prévention en Communauté française de Belgique. (Soumis pour publication)

Cette situation est en fait similaire dans tous les pays de l'Union européenne.

La faible couverture préventive dans la population est d'autant plus dénonçable que non seulement le médecin dans le cadre de sa consultation, mais aussi certains organismes (à titre d'exemple, la médecine scolaire, la protection maternelle et infantile, la médecine du travail ou d'autres organismes privés) offrent à la population la possibilité d'accéder à un mieux-être par la prévention.

Pourquoi la prévention en milieux défavorisés ?

Plusieurs études[2] [3] montrent que la mortalité et la morbidité sont plus élevées en milieux défavorisés que dans le reste de la population. De même, les comportements à risque y sont plus fréquents (voir chapitre 3).

Taylor[4] constate qu'une double inégalité apparaît en milieux défavorisés : les maladies et les accidents sont plus nombreux qu'ailleurs, mais parallèlement, l'accès aux soins y est moindre.

On pourrait penser, comme le font les gens de milieux défavorisés, que la prévention sanitaire n'est pas une priorité pour eux. Se loger, se nourrir, trouver un emploi, se chauffer,... passent avant. Toutefois, en ne se préoccupant pas de sa santé, un cercle vicieux se crée :

---

[1]BERGHMANS L, LEVEQUE A, PIETTE D, Médecins généralistes, prévention et éducation pour la santé, Santé pluriel n°12, Promes, ULB, 1993

[2]Statistiques de décès en Communauté française pour l'année 1988, Communauté française de Belgique, Ministère de la culture et des affaires sociales direction générale de la santé, Institut d'hygiène et d'épidémiologie

[3]COLIN C, LAVOIE JP, POULIN C, Les personnes défavorisées, Les publications du Québec, 1989.

[4]TAYLOR C, Le Quart-Monde : acteur et partenaire. Construction d'un cadre problématique de la santé en Quart-Monde et élaboration d'un projet de promotion de la santé "santé et alimentation", mémoire UCL, RESO, Bruxelles

Comportement à risque
→ diminution de l'état de santé
→ diminution des possibilités de trouver un emploi, et donc de trouver les moyens de se chauffer, se nourrir,...
→ état dépressif, stress,...
→ comportement à risque

La boucle est bouclée...

Réduire les inégalités face à la santé est d'ailleurs le premier but de la santé pour tous en l'an 2000[1].

Se préoccuper de la santé des gens de milieux défavorisés est donc une priorité, même si ces derniers se sentent actuellement en bonne santé, ou ne considèrent pas la santé comme prioritaire.

La philosophie même de la prévention est d'accorder de l'importance à l'avenir. Si l'on pouvait ne fut-ce que donner un sens à cette notion d'avenir positif en milieux défavorisés, sans doute ferions-nous déjà un grand pas vers le mieux-être de ces populations.

Pourquoi la prévention en milieux défavorisés par les médecins généralistes?

Plusieurs communications relatives à la prévention considèrent que le médecin généraliste est un partenaire privilégié en matière de prévention pour l'ensemble de la population. Selon nous, ce rôle est sans doute encore plus important pour le patient de milieux défavorisés.

La charte OMS[2] pour le médecin généraliste en Europe a pour but de promouvoir le rôle central du médecin généraliste dans le système de soins de santé. Selon les experts, les médecins généralistes peuvent offrir des soins de santé intégrés et coordonnés, incluant des services curatifs, palliatifs et préventifs.

[1] *" But 1 : Egalité devant la santé. D'ici l'an 2000, les écarts réels de santé entre pays et entre groupes à l'intérieur du même pays devraient avoir été réduits d'au moins 25%, grâce à une élévation du niveau de santé dans les pays et les groupes défavorisés".* Les buts de la Santé pour tous. La politique de santé de l'Europe, version actualisée, OMS, septembre 1991.

[2] A Charter for General Practice/Family Medicine in Europe, Working Draft, discussion document, WHO, 1995

Le médecin généraliste est considéré comme la figure centrale la plus adéquate en prévention, de par[1] :
- la possibilité de relation individuelle et continue avec le patient et son entourage (messages individuels)
- son accessibilité (financière, géographique), ce qui est particulièrement important pour un patient défavorisé
- l'approche préventive continue, globale, offrant une vision holistique
- la prévention individualisée, tenant compte de la personnalité, du style de vie, des convictions, du contexte social, des antécédents personnels et familiaux du patient
- la possibilité de proposer de la prévention à un moment adéquat
- la possibilité de suivi par le médecin
- la possibilité de tenir compte de l'angoisse et des effets secondaires potentiels (de la prévention, des examens de dépistages, de certains traitements préventifs,...).

Des dépistages effectués par des médecins anonymes oeuvrant dans des institutions impersonnelles engendreront probablement bien plus d'anxiété qu'un dépistage fait par le médecin habituel et qui a la confiance de celui qui consulte[2]. De plus, il est probablement moins stressant d'aborder les questions souvent inévitables qui peuvent découler de certains conseils, examens ou traitements (maladie, invalidité, décès,...) avec le médecin traitant qui vous connaît, qu'avec un inconnu.

Tous ces arguments en faveur de l'intégration de la prévention à la pratique de médecine générale sont sans doute encore plus vrais pour un patient défavorisé.

De plus, face au système de soins, plus on descend dans la hiérarchie sociale, plus on note une préférence pour le médecin généraliste au détriment du spécialiste[3]. Une autre étude montre que le recours aux soins le plus courant en milieux défavorisés est la consultation chez le généraliste, qui est 9 fois sur 10, toujours le même[4].

Si en théorie donc, nous pouvons considérer le médecin généraliste comme un partenaire privilégié en matière de prévention, nous verrons que cette démarche de prévention en milieux défavorisés ne va pas toujours de soi pour le médecin généraliste.

[1] SWINNEN T, De la prévention en médecine générale, Patient care, février 1996

[2] PEETERS EG, PEC L, la santé, un capital à préserver, Guide de Médecine préventive, Edition de l'Homme, Belgique, 1984, 322p

[3] FILEE D, HALBARDIER V, RIFFON A, ANDRIEN M, Prévention du cancer et pauvreté, CERES, Liège, Septembre 1996.

[4] SCHAETZEL F, QUEROUIL O, Etat de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes, Novembre 1991

2. QUELQUES CONCEPTS : PREVENTION ET EDUCATION POUR LA SANTE

2.1. Revue de la littérature

Avant d'entrer dans le vif du sujet, à savoir, la prévention dans les milieux défavorisés par la consultation de médecine générale, il nous a paru important d'apporter quelques précisions concernant les concepts de prévention, d'éducation pour la santé et d'éducation du patient.

Classiquement, **la prévention**[1] est définie comme l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. On distingue habituellement :

- la **prévention primaire** : tout acte destiné à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire l'apparition de "nouveaux cas" (par exemple, la vaccination).

- la **prévention secondaire** : tout acte destiné à réduire la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire le nombre de malades en réduisant la durée de la maladie (par exemple, le dépistage précoce, le traitement des premières atteintes).

- la **prévention tertiaire** : tout acte destiné à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population (réduction des invalidités fonctionnelles, réinsertion professionnelle et sociale).

Certains auteurs[2] parlent également de **"prévention primordiale"**, dont l'objectif est d'éviter l'apparition et le maintien de modes de vie sociaux, économiques et culturels dont on sait qu'ils contribuent à l'augmentation du risque de maladie.

Le guide canadien[3] définit la prévention clinique comme une interaction clinicien-patient qui favorisé la santé et qui prévient les maladies ou les blessures. Dans notre contexte, nous parlerons de prévention comme *"d'une interaction médecin-patient qui favorise la santé et qui prévient les maladies ou les blessures"*.

[1]PIETTE D., Les chemins de l'éducation pour la santé : mettre à profit la consultation de médecine générale, Cahier du Germ n°186, 1985.

[2]BEAGLEHOLE R., BONITA R., KJELLSTROM T., Eléments d'épidémiologie, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1994

[3]Guide canadien de médecine clinique préventive, Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, Canada, 1994, 1136p.

Qu'en est-il pour le médecin généraliste ?

Le CFES[1] a organisé une étude qualitative en 1996, ayant entre autre pour objectif de connaître les opinions et attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de la place qu'ils peuvent et souhaitent tenir en éducation pour la santé. Cette étude a permis de dégager plusieurs profils de médecins généralistes en matière de prévention :

- Pour les premiers, **la prévention est un acte médical technique**, visant à empêcher l'apparition et l'aggravation des maladies. Elle repose essentiellement sur des examens complémentaires prescrits au cours de la consultation (bilan, dépistage et traitement,...). Elle est de la responsabilité exclusive des médecins. Les informations transmises par les médias et les actions des pouvoirs publics dans ce domaine sont très mal perçues.

- Pour les seconds, la prévention repose sur la **confiance établie entre le médecin de famille et ses patients**. Elle est indissociable de la pratique curative. Le médecin a un rôle à jouer en matière de prévention, mais n'est qu'un maillon de la chaîne. Il doit tenir compte de ce que disent les autres acteurs de prévention (parents, professeurs, médias,...).

- Selon les troisièmes, la prévention est **un mode de vie**. Elle représente l'essence même de la pratique médicale. Plus importante que les soins curatifs, elle vise à maintenir un bon état de santé. Les médecins de ce type sont souvent formés à l'homéopathie et à l'acupuncture.

Outre ces divergences, les auteurs repèrent cinq points qui font consensus parmi les médecins interrogés :
- la prévention est vécue comme une évolution inexorable de la médecine.
- la prévention est un mot mieux accepté que l'éducation pour la santé :
  . c'est plus clair, plus précis, mieux compris par le patient;
  . cela paraît moins injonctif, moins intrusif;
  . c'est plus médical, puisque intégrant des actes effectués seulement par le médecin.
- la formation des médecins à la prévention et à l'éducation pour la santé est quasi inexistante

[1]ROUSSILLE B., SANDRIN BERTHON B., Le Comité français d'éducation pour la santé et les médecins généralistes, in SANDRIN BERTHON et al, L'éducation pour la santé en médecine générale, de la fonction curative à la fonction éducative, Université d'été, 4 au 7 juillet 1996, ed. CFES

- l'information adressée aux médecins dans le domaine de la prévention est insatisfaisante
  . elle provient d'émetteurs variés, mal identifiés ou peu crédibles;
  . elle n'est pas structurée, correspond à des actions ponctuelles sans suivi;
  . elle est impossible à gérer au quotidien, noyée parmi les innombrables documents publicitaires.
- les médecins sont informés trop tardivement des campagnes destinées au grand public, et sont pris au dépourvu par leurs patients.

2.2. L'opinion des médecins généralistes belges

Les 18 médecins généralistes belges interrogés sont conscients que le médecin généraliste occupe une place stratégique en matière de prévention.

Leur attitude est très variable d'un médecin à l'autre (attente passive de la demande du patient, ou proposition active de la part du médecin).

Pour tous les médecins interrogés, faire son métier honnêtement, c'est-à-dire expliquer, écouter, corriger les erreurs (mauvaise interprétation des campagnes de prévention médiatiques, par exemple), être attentif à un milieu qui se dégrade, c'est aussi faire de la prévention. Pour ces médecins donc, la prévention n'est pas uniquement technique.

2.3. Le concept de prévention revu par les médecins participant au séminaire

La plupart des médecins distinguent la prévention individuelle de la prévention collective, et donnent spontanément la définition de "prévention primaire, secondaire et tertiaire".

La moitié des participants soulignent le fait que la prévention est intégrée à la consultation. Un médecin note même que tout acte médical contient une activité de prévention plus ou moins spécifique.

Sans utiliser les termes "éducation pour la santé", quelques médecins (5 sur 22) mentionnent le fait que la prévention est une démarche éducative, qui veut promouvoir certaines attitudes ou comportements bénéfiques à la santé.

En guise d'exemples d'activités de prévention, les médecins généralistes donnent le plus souvent : la vaccination, le dépistage, les conseils nutritionnels, l'aide au sevrage tabagique et alcoolique, des conseils d'hygiène de vie (sommeil, détente, plaisir,...), mais aussi l'écoute, l'échange, le partage.

Les médecins généralistes européens ayant participé au séminaire distinguent deux types de prévention :
- une prévention médicale "technique", avec laquelle ils se sentent relativement à l'aise (dépistage, traitement,...)
- et une prévention plus "éducative". Ce second type de prévention, qui concerne les changements de comportement, est nettement plus difficile selon eux. Les médecins s'y sentent généralement beaucoup plus démunis.

Quelques spécificités de la prévention en milieux défavorisés...

Selon les médecins, en milieux défavorisés, la prévention est à la fois médicale et sociale. Pour certains, elle serait même davantage sociale.

Les médecins généralistes sont conscients que la prévention doit être adaptée au public-cible pour être efficace.

La participation active des familles est également jugée indispensable.

L'écoute élargie, l'attention, le soutien en toute circonstance des populations en difficulté sont, pour quelques médecins, les priorités en matière de prévention avec leurs patients défavorisés. Un médecin souligne que ce qui prime est de parvenir à avoir avec ces familles souvent en situation de décrochage, des contacts réguliers. "Après, on peut éventuellement aller plus loin".

Enfin, la confiance réciproque est une condition sine qua non pour la qualité de la relation et la prévention.

2.4. La prévention et l'éducation pour la santé : signification en médecine générale...

Enfin, Alain DECCACHE[1] définit les concepts d'éducation pour la santé et d'éducation du patient dans le cadre de la médecine générale. "**L'éducation pour la santé** est un processus continu, par étapes, intégré à la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures de soins, le traitement, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, participer aux soins, prendre en charge son état de santé, et favoriser un retour aux activités normales. Ce processus s'effectue entre des acteurs (institution, soignants, patients et familles), vise des objectifs de santé

[1]DECCACHE A., Education pour la santé , éducation du patient, quelques concepts et leur signification en médecine générale, in SANDRIN BERTHON et al, L'éducation pour la santé en médecine générale, de la fonction curative à la fonction éducative, Université d'été, 4 au 7 juillet 1996, ed. CFES
Voir aussi la deuxième partie de ce rapport.

définis à partir de demandes et de besoins, se réalise dans un contexte organisationnel impliquant certaines ressources et contraintes, utilise des méthodes et moyens éducatifs et nécessite des compétences et des structures de coordination".

L'éducation du patient peut être considérée, au sens large, comme "une éducation pour la santé, dirigée vers des personnes ou des groupes engagés dans une relation de soins. Elle comprend donc tant l'éducation pour la santé que l'éducation à la maladie, regroupant du même coup tous les types de prévention: primaire, secondaire, tertiaire, voire quaternaire et autre... ou du moins, les aspects éducatifs de la prévention".

La promotion de la santé quant à elle comprend des activités d'éducation et d'autres actions, sanitaires, sociales ou légales.

Selon A. DECCACHE, "**le médecin généraliste** est donc tout autant, sinon plus que le médecin spécialiste et le praticien hospitalier, concerné par la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. Autant, parce que l'éducation du patient est un élément de qualité de la médecine, un critère d'amélioration de la santé des soins et de leurs effets sur la santé. Plus, parce que le médecin de famille a, plus que tout autre, une légitimité à s'intéresser à la santé (et non seulement à la maladie) de "ses" patients, dont il connaît les projets, les conditions et les difficultés de vie, choses qui restent souvent, par absence de continuité des soins, hors du champ d'action des autres professionnels de soins. Rappelons aussi que la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé sont des activités multiprofessionnelles et concernent toutes les professions de santé, de préférence en coordination... Il faut en effet, sinon agir de concert, du moins éviter l'incohérence, source de confusion et d'incompréhension chez les patients".

3. ATTITUDES ET PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES EN MATIERE DE PREVENTION AVEC LEURS PATIENTS

3.1. Revue de la littérature

Le médecin généraliste occupe une place privilégiée en matière de prévention :

le médecin généraliste, un partenaire privilégié en matière de prévention...

Accessibilité
- financière
- géographique
- nombre de MG

En milieux défavorisés, le recours aux soins le plus courant est le médecin généraliste qui est, le plus souvent, toujours le même

Relation interpersonnelle

MG

Approche globale et continue

Gestion de l'angoisse et des effets secondaires potentiels

Approche individualisée (tenant compte de la personnalité, du style de vie, des antécédents, du contexte familial et socio-culturel)

Suivi

Proposition de prévention à un moment adéquat

Dans la pratique

Plusieurs études ont tenté de caractériser les attitudes et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention. Voyons-en les résultats :

Bruce et Burnett[1] ont interviewé 48 médecins généralistes sur le rôle du médecin généraliste en prévention et la perception de l'efficacité du médecin généraliste en matière de prévention :

[1]BRUCE N., BURNETT S., Prevention of lifestyle-related disease : general practitioners'views about their role, effectiveness and resources, Family Practice, 8, 1991, pp : 373-377

1. Rôle du médecin généraliste en prévention :

Pensez-vous qu'actuellement, le travail de prévention et d'éducation pour la santé devrait occuper :

	Nombre	%
- aucune part dans le travail du médecin généraliste	1	2
- une partie mineure	4	8
- une partie importante mais encore mineure	26	54
- la moitié du travail du médecin généraliste	13	27
- la partie majeure de son activité	3	6

2. Efficacité du médecin généraliste en prévention et éducation pour la santé (le point de vue des médecins eux-mêmes) :

	Nombre	%
- très inefficace	1	2
- plutôt inefficace	6	13
- un peu efficace	16	33
- plutôt efficace	16	33
- très efficace	9	19

Une enquête[1] a été réalisée en 1995 auprès de 115 médecins belges travaillant en association (maison médicale) et 1200 patients fréquentant ces maisons médicales. Trois domaines ont été investigués : le dépistage du cancer du sein, la vaccination chez l'enfant et l'aide au sevrage tabagique.

Le point fort de cette étude est qu'elle a voulu comparer ce que déclarent le médecin et le patient.

Du côté des médecins, (76% de répondants. Ce taux élevé de réponse pourrait signifier un intérêt des médecins pour la prévention)

[1]LEVEQUE A, Education pour la prévention, Rapport de recherche 1mars 1992-28 février 1993, Bruxelles.

1. En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein,
   - seuls 1% des médecins généralistes déclarent ne pas le faire,
   - 70% le font de façon occasionnelle, quand ils jugent les circonstances favorables,
   - 30% le pratiquent de façon systématique.

2. Concernant la vaccination de l'enfant,
   - elle est systématique chez 65% des médecins généralistes interviewés,
   - occasionnelle pour 35 %,
   - 46% utilisent un échéancier et les 3/4 d'entre eux envoient des lettres de convocation aux patients.

3. Concernant la proposition d'arrêt du tabac,
   - elle est occasionnelle chez 60 % des médecins (quand l'occasion se présente),
   - et systématique chez 15 %.

Du côté des patients, (67% de répondants, ce qui peut dénoter un intérêt des patients pour la prévention)

1. 30% des patients ne sont pas vaccinés contre le tétanos, dont les 3/4 car on ne le leur a jamais proposé, surtout chez les plus de 60 ans.

2. Plus de 20% des femmes de plus de 20 ans n'ont jamais eu de frottis car on ne le leur a jamais proposé.

3. Un peu plus de 50% des répondants sont fumeurs ou ex-fumeurs. Le médecin généraliste n'a conseillé qu'à la moitié d'entre eux d'arrêter de fumer.

Selon cette étude, plus de la moitié des patients estiment que leur médecin en fait **trop peu** en matière de prévention. Seuls 1 à 2% estiment qu'il en fait trop. Plus de 80% des patients trouvent normal de recevoir une lettre de rappel pour un vaccin ou un dépistage. 70 à 80% d'entre eux disent suivre les conseils de cette lettre.

Concernant la croyance des médecins généralistes en l'impact de la prévention sur la santé, il ressort de cette même étude :

	%
- impact faiblement positif	56 %
- impact très positif	39 %
- je n'y crois pas	5 %

Une autre étude belge[1] a investigué 6 pratiques préventives auprès de 150 médecins généralistes. En voici les résultats :

pratique de l'activité de prévention (n = 138) (en %)			
	systématique	occasionnelle	ne pratique pas cette activité
dépistage du cancer du sein	38	46	15
dépistage du cancer du col	24	35	41
vaccination chez l'enfant	46	38	16
vaccination antitétanique	33	67	0
programme d'arrêt du tabac	5	17	78
examen de santé	2	16	7

Il faut remarquer que si la vaccination de l'enfant n'est pas uniquement assurée par le généraliste (mais aussi par le pédiatre, la protection maternelle et infantile, la médecine scolaire,...), concernant la vaccination des adultes, le médecin traitant est bien souvent la seule source de vaccination (sauf, dans certains cas, dans le cadre de la médecine du travail).

Dans cette même étude, on retrouve aussi la répartition des médecins généralistes en fonction du nombre de pratiques préventives systématiques rapportées (dépistage du cancer du sein et du col, vaccination des enfants, vaccination anti-tétanique) (en %, n = 137).

nombre de pratiques systématiques rapportées par un même médecin généraliste				
4	3	2	1	0
7 $\pm$ 4	15 $\pm$ 3	18 $\pm$ 5	32 $\pm$ 7	28 $\pm$ 6

[1] La prévention en médecine générale, Santé et Communauté n° 18, octobre 91, faisant référence à BERGHMANS L, BOUTSEN M, SWENNEN B et WANLIN M, la prévention en médecine générale, Ecole de Santé publique, ULB

Il ressort de cette enquête que la probabilité de systématiser une activité préventive ne dépend pas uniquement de la nature de cette activité, mais aussi d'une attitude globale du médecin.

Il faut se méfier des réponses de type "pratiques occasionnelles". En effet, "le manque de systématique entraîne une lacune dans la couverture vaccinale préventive"[1]. On pourrait donc se poser la question de l'utilité d'une pratique "occasionnelle" en prévention.

Il aurait sans doute été intéressant de poser aux généralistes la question de *fréquence de la proposition* de l'activité préventive. En effet, pour le bien du patient, il importe peu que ce soit ou le médecin traitant, un médecin spécialiste ou un centre de dépistage qui pratique l'examen de dépistage. Ce qui compte, c'est que cet examen soit réalisé au bon moment. Le rôle du médecin généraliste sera peut-être plus de s'assurer que le dépistage ait été proposé au patient, de tenir à jour le "calendrier préventif" du patient, et de lui proposer quand cela n'a pas été réalisé.

Une autre enquête[2] a été réalisée auprès de la patientèle (et non dans la population en général) de 5 médecins généralistes. 917 fiches ont été exploitées.

enquête après de la patientèle de 5 médecins généralistes (n = 917)		
activité	faite, avec preuve (en %)	faite, sans preuve (en %)
vaccination contre le tétanos	72	17
vaccination contre la polio	41	11
palpation des seins (n = 534)	55	18
frottis de col (n = 331)	60	20
interrogation sur le fait de fumer	18	10
trace que la demande d'arrêter de fumer figure dans le dossier	25	11
prévention du mélanome (examen de peau + conseils de prévention)	7.5	

[1] LEVEQUE A, Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique (soumis pour publication)

[2] PARE F et al, Stratégie de prévention en médecine générale, audit et perspectives, santé publique 1996, n°3, pp 201-214

Les auteurs de cet article concluent de l'enquête que des médecins généralistes motivés peuvent atteindre des taux de suivi supérieurs à ceux décrits dans la population française.

Enfin, plusieurs études mettent en évidence l'intérêt que la plupart des médecins généralistes semblent porter à la prévention :

Il ressort d'une enquête réalisée par l'Association Contre le Cancer[1] que les médecins généralistes souhaitent rester acteurs dans la prévention des cancers, et 86% souhaitent même un rôle plus important dans l'avenir.
Une autre étude[2] relève que le manque d'intérêt du généraliste pour la prévention n'est pas un obstacle au développement de la prévention au sein de la consultation.
Enfin, seuls 2.9% des médecins ne croient pas en l'efficacité d'une démarche individuelle de prévention[3].

3.2. Enquête auprès des médecins généralistes belges

Nous avons demandé aux médecins généralistes ce qu'était pour eux une activité de prévention, et s'ils pensaient avoir un rôle à jouer en prévention.

Les médecins généralistes sont *conscients qu'ils occupent une place stratégique* en matière de prévention. Pour la plupart, la prévention est une activité intégrée à la consultation.

Les médecins qui travaillent en association ont une vision plus collective de la prévention que ceux ayant une pratique isolée (projet d'éducation pour la santé, animation en salle d'attente, groupe de gym,...).

L' attitude du médecin en prévention est très variable de l'un à l'autre. Si certains n'hésitent pas à proposer activement de la prévention, d'autres attendent la demande du patient. Parmi les médecins interviewés, tous les médecins de maison médicale disent proposer des actes de prévention à leurs patients. Par contre, parmi les quatre médecins en pratique privée, deux attendent la demande du patient, et deux proposent eux-mêmes des activités de prévention au patient. Ces derniers sont des médecins qui informatisent les dossiers. Une remarque importante est que les médecins des maisons médicales interviewées ont appris par une enquête récente que les patients attendent que leur médecin leur propose de la prévention.

---

[1]VAN BOXEL A, Etude sur la prévention en médecine générale, Association contre le cancer, septembre 1995

[2]La prévention en médecine générale, santé et Communauté n° 18, octobre 91, faisant référence à BERGHMANS L, BOUTSEN M, SWENNEN B et WANLIN M, La prévention en médecine générale, Ecole de santé publique, ULB

[3]Enquête : baromètre Santé Médecins 1994/1995, le généraliste et la santé, La santé de l'homme n°324 p 6-11, juillet/août 1996

Les interviews ne mettent pas évidence si les médecins proposent de façon systématique ou occasionnelle des activités de prévention à leurs patients.

Mais pour tous les médecins, faire son métier honnêtement, c'est à dire expliquer, écouter, conseiller, corriger les erreurs (mauvaise interprétation de campagnes de prévention médiatiques, par exemple), c'est aussi faire de la prévention.

4. LES OBSTACLES A LA PREVENTION EN MEDECINE GENERALE

4.1. Revue de la littérature

Plusieurs études ont tenté de mettre en évidence les obstacles à faire de la prévention en médecine générale.

Vu la difficulté de faire une synthèse complète de ces données, nous avons repris sous forme de tableau les différents obstacles relevés.

Des remarques préliminaires à la lecture de ce tableau s'imposent :
- la mention d'un obstacle dans l'article est noté d'un x.
- tous les critères cités ne sont pas forcément considérés comme un obstacle par tous les médecins.
- plusieurs articles sont basés sur des enquêtes à questions fermées, et ne peuvent donc pas mettre en évidences certains obstacles (même s'ils sont considérés comme importants par les répondants) si la question n'est pas posée. Un obstacle peut donc parfois être considéré comme plus important par les médecins généralistes, même s'il est moins fréquemment repris dans ce tableau.

les obstacles à la prévention en médecine générale											
Références de l'article	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
pas de demande des patients	x	x	x	x	x				x	x	x
médecin mal à l'aise pour proposer de la prévention au patient		x				x			x		
peur de casser la relation, le patient n'aime pas parler du cancer			x			x				x	
communication soignant-soigné	x(1)	x									
manque de cohérence dans les critères de santé publique	x				x						
manque de support, manque de soutien	x		x	x	x						
manque de temps	x		x	x	x	x			x	x	x

[1]Fédération des Maisons Médicales, 1995

[2]LEVEQUE A

[3]LAPERCHE J, La prévention en médecine générale : un malentendu vulnérable ?

[4]La prévention en médecine générale, Santé et Communauté n° 18, octobre 91

[5]BERGHMANS L et al, 1993

[6]VAN BOXEL A, 1995

[7]PEETERS EG, PEC L, 1984

[8]AIACH P et al,1992.

[9]ARBOREELIUS E, BREMBERG S, 1194

[10]DELPIERRE V, LAPERCHE J, Résumé des rapports de recherche (LEVEQUE A et de ROUBAIS J, Education pour la prévention, ULB 1993). Fédération des maisons médicales.

[11]ARENES J, Baromètre santé 94-95 Médecins généralistes, ed CFES

les obstacles à la prévention en médecine générale											
mode de rétribution		x	x	x	x	x				x	x
manque de formation			x	x	x					x	x
lourdeur administrative						x					
déception, lassitude, difficulté à modifier les comportements, doutes quant à l'efficacité de la prévention	x	x	x				x (2)				
doute quant à sa propre efficacité (le médecin doute de ses compétences)					x				x (4)		
concurrence d'autres organismes, et donc dilution des pouvoirs et des responsabilités		x	x		x					x	
échelle de valeur dans la profession médicale								x (3)			

(1) Les priorités de santé ne sont pas les mêmes pour les patients et pour les soignants. Le médecin parle en terme de maladie (maladie cardio-vasculaire, cancer,...), le patient parle en terme de symptôme (stress, surmenage, obésité,...).

(2) L'auteur tente d'expliquer pourquoi certains médecins se découragent et ne croient pas en l'efficacité de la prévention : "Les résultats d'une action curative, quand ils sont réels, se voient assez rapidement. Les résultats d'une action préventive ne sont pas immédiatement visibles. C'est à long terme, et souvent des années plus tard, qu'on découvre si l'action est bénéfique ou non."

(3) Selon l'auteur, l'échelle des valeurs dans la profession médicale se présente comme suit : "du point de vue prestige, on peut établir la hiérarchie suivante (par ordre décroissant) : médecin hospitalo-universitaire, médecin spécialiste, médecin généraliste, médecin de prévention ou de santé publique."

(4) L'auteur pense que, bien que la plupart des médecins généralistes soient conscients de l'importance des styles de vie sur la santé, peu perçoivent leur propre efficacité pour influencer ces comportements. Cela pourrait être dû à un manque d'entraînement, un manque de temps, la crainte d'aliéner le patient, ou encore un conflit entre counselling et rôle "traditionnel" du médecin".

"Cependant, les études montrent que des programmes réalistes de conseils d'hygiène de vie ne demandent que quelques minutes par visite. Les patients, plutôt que de se sentir aliéner par les conseils du médecin, les attendent".

Quelques commentaires...

On remarquera, par ce tableau, que l'obstacle le plus fréquemment cité est le fait que *le patient ne demande pas* de prévention au médecin. Or, plusieurs études[1 2] mettent en évidence le fait que le patient attend de son médecin qu'il lui propose des conseils et actes de prévention. Cette attitude passive de la part du médecin est sans doute due au fait qu'il faille qu'il soit d'abord formé pour répondre à la demande exprimée par le patient[3].

En ce qui concerne le *manque de consensus au niveau de la santé publique* signalé par les médecins, il faut savoir[4] que la médecine préventive n'est pas fixée une fois pour toute. Elle évolue comme la médecine dans son ensemble. Il faut se baser sur des probabilités actuelles. Il est vrai que l'évolution de certaines recommandations fait perdre la crédibilité des mesures de prévention aux yeux du public, mais aussi des médecins. Citons, à titre d'exemple, les recommandations concernant la prévention de la mort subite du nourrisson, qui a longtemps manqué de consensus.

Certains médecins *doutent de leur propre efficacité en matière de prévention.* En fait, la notion de réussite en éducation pour la santé et prévention devrait être discutée largement parmi les médecins généralistes. "En fait, 10% d'arrêt de tabagisme grâce à une intervention est un succès". "Il y a beaucoup d'exemples de succès d'interventions initiées par les médecins généralistes et un intérêt grandissant s'observe pour les services préventifs au niveau des soins de santé primaires... Il n'y a plus qu'à en convaincre les généralistes..."[5].

---

[1]Fédération des maisons médicales, 1995

[2]La prévention en médecine générale, santé et communauté n° 18, octobre 1991

[3]Enquête baromètre santé Médecins 1994/1995, 1996

[4]PEETERS EG et al, 1984

[5]BERGHMANS L et al, 1993.

BIBLIOGRAPHIE

AIACH P, BON N, DESCHAMPS JP, Comportements et santé, Questions pour la prévention, Presses universitaires de Nancy, 1992.

ARENES J, Baromètre santé 94-95 Médecins généralistes, ed CFES

ARBOREELIUS E, BREMBERG S, Prevention in practice, how do general practitioners discuss life-style with their patients ? Patient education and counselling 23, 1194, pp 23-31

BERGHMANS L, LEVEQUE A, PIETTE D, Médecins généralistes, prévention et éducation pour la santé, santé pluriel n°12, 1993

DELPIERRE V, LAPERCHE J, Résumé des rapports de recherche (LEVEQUE A et de ROUBAIS J, Education pour la prévention, ULB 1993). Fédération des maisons médicales.

Enquête baromètre santé Médecins 1994/1995, le généraliste et la santé, La santé de l'homme n°324 p 6-11, juillet/août 1996

Fédération des Maisons Médicales, Agir ensemble en prévention : 1995 : bilan d'une année dynamique, d'échanges et de projets autour de la prévention avec 23 Maisons Médicales

LAPERCHE J, La prévention en médecine générale : un malentendu vulnérable ?

La prévention en médecine générale, Santé et Communauté n° 18, octobre 91, faisant référence à BERGHMANS L, BOUTSEN M, SWENNEN B et WANLIN M, la prévention en médecine générale, Ecole de Santé publique, ULB

LEVEQUE A, Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique (soumis pour publication)

PEETERS EG, PEC L, La santé, un capital à préserver, Guide de médecine préventive, Editions de l'Homme, Belgique, 1984, 322p.

VAN BOXEL A, Etude sur la prévention en médecine générale, Association contre le cancer, septembre 1995

4.2. L'avis des médecins généralistes belges

Nous avons demandé aux médecins généralistes belges quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent en matière de prévention. Voici leurs réponses :

Selon les médecins généralistes interviewés, les difficultés rencontrées en matière de prévention sont :

Le fait que les gens de santé publique proposent des choses *trop éloignées de la réalité du terrain.*

Le fait que la patient *ne demande pas explicitement* de la prévention. En fait, tout le monde attend que l'autre propose : le patient comme le médecin.

Financier : consultations plus longues, pas de code " prévention " de prévu dans la tarification.

Le *manque de formation* du médecin généraliste.

Le *manque de soutien* : les médecins se plaignent de tout devoir faire eux-mêmes (conception du projet, mise en route, réalisation, évaluation, mais aussi réalisation et impression d'affiches, etc.).

Le *manque d'officialisation* du rôle du médecin généraliste en matière de prévention. Le médecin a l'impression que le patient voit l'aspect préventif comme une initiative personnelle de sa part.

Le *coût* de certains examens ou traitements préventifs.

Les *démarches* pour obtenir le remboursement de certains vaccins pourraient être simplifiées.

5. LA PREVENTION EN MILIEUX DEFAVORISES EXISTE-T-ELLE ? EST-ELLE POSSIBLE ?

5.1. Quelques exemples dans la littérature

Une maman parle de son médecin... "... *C'est un bon gynécologue, j'ai confiance en lui. Quand je suis malade, je vais à la maison médicale. C'est un bon médecin. Il m'a beaucoup aidée, me soutient. Quand j'ai peur, il fait des démarches avec moi. Mais je vais aussi à la consultation des nourrissons. J'étais très amie avec Véronique. Elle m'écoutait, me conseillait, m'aidait beaucoup... Elle tient parole. Le médecin de la consultation fait les vaccins... J'aime aller à la consultation. Là, on suit l'évolution de*

mes enfants, c'est cela le plus important, cela me rassure"[1].

Selon A.DECCACHE, la démarche de prévention et d'éducation pour la santé est possible en milieux défavorisés. "L'exemple de projets et d'initiatives tels que ceux développés par l'association ATD - Quart monde est éclairant : participation, activité et intégration des populations concernées dans la conception et la réalisation de programme d'Education pour la santé /.../ Ces projets, plus adaptés et plus directement efficaces (que des campagnes d'information de masse, par exemple), sont aussi plus coûteux en temps, en énergie et en disponibilité. Mais ils constituent aussi un moyen indispensable à utiliser si on veut aboutir à des résultats"[2].

A titre d'exemple, voici quelques activités réalisées par une maison médicale ATD Quart Monde[3] :

- les réunions de découverte de la santé (discussion sur des thèmes tels que alcoolisme, logement, sexualité, grossesse, conseil de prévention etc.)
- la salle de bien-être (lieu où on permet aux mères de familles de se détendre, bouger, garder un corps en bonne santé, créer des liens, plaisir d'être ensemble...)
- le club des bébés (lieu de rencontre pour les enfants de moins de 3 ans et les adultes qui les accompagnent. (Lieu de rencontre et d'échange..)
- le club sport pour hommes (lieu de rencontre, d'échange, d'amitié, de détente, bouger, rester en forme...).

La prévention et l'éducation pour la santé en milieux défavorisés existent donc, et les témoignages de certaines personnes bénéficiant de ces actions sont très encourageants. Mais, aussi efficaces soient-elles, elles sont sans doute trop ponctuelles ou trop discrètes pour que plus de personnes en difficulté puissent y accéder.

5.2. L'avis des médecins généralistes belges

Nous avons demandé aux médecins généralistes belges s'ils croyaient en la possibilité de faire de la prévention dans les milieux défavorisés. Voici leurs réponses:

La plupart des médecins interviewés *croient* en la possibilité de faire de la prévention en milieux défavorisés, mais une *condition indispensable* est la *fidélisation* du patient. Pour plusieurs généralistes, arriver à fidéliser un patient défavorisé, à garder contact avec lui, c'est déjà de la prévention. *" Mais pour cela, nous devons mériter leur confiance "*. Le médecin généraliste ne croit cependant pas en l'efficacité des services de prévention officiels dans les milieux défavorisés : manque de souplesse,

[1]ATD - Quart Monde, Action Santé Culture Quart Monde, 28 octobre 1995

[2]DECCACHE A, La santé des milieux défavorisés. Synthèse de données épidémiologiques, sociologiques, culturelles et psychologiques collectées dans le cadre du projet "Education pour la santé en milieux défavorisés", Bruxelles, janvier 1990.

[3]ATD - Quart Monde, Action Santé Culture Quart Monde, 28 octobre 1995

sentiment d'incompréhension, de rejet. Le rôle d'aiguilleur du médecin semble particulièrement important pour ce type de patient.

La prévention chez l'enfant et la vaccination (chez l'enfant comme chez l'adulte) sont considérées comme possibles. " Si les gens de milieux défavorisés ne sont pas vaccinés, c'est de notre faute. Quand on le leur propose, les refus sont rares ".

Cependant, proposer à un patient défavorisé *d'arrêter de boire ou de fumer, de modifier son alimentation, sont des démarches impossibles*, selon le généraliste. *"Quelque part, c'est leur demander de casser un équilibre de vie déjà très fragile...".* Le médecin craint alors de perdre la confiance de son patient en lui demandant l'impossible, de se dévaloriser à ses yeux, de mettre fin à la relation.

Selon les médecins interviewés, la meilleure façon de faire de la prévention en milieux défavorisés, c'est d'arriver à *saisir les opportunités* qu'offre le patient : la maladie ou le décès d'un proche, par exemple. A ce moment, le patient se sent concerné, pose des questions,...

Mais plusieurs médecins généralistes constatent que cela ne marche pas quand ils s'y prennent comme avec les autres patients... *"Des techniques sont à inventer pour les patients de milieux défavorisés ".* Un médecin montre qu'il faut être très imaginatif, très pratique, avec les gens de milieux défavorisés, par exemple, en créant un lieu de rencontre sans alcool. " La maison médicale a essayé de créer un lieu de rencontre où les gens peuvent se retrouver et prendre un repas chaud. L'alcool y est interdit. Les gens y restent longtemps, discutent entre eux. C'est une façon de leur montrer qu'il y a moyen de se sentir bien sans alcool. On n'y serait pas arrivé avec de la théorie ".

5.3. Attitudes et pratiques : enquête auprès des participants au séminaire

Nous avons demandé aux participants de préciser, à propos de quelques activités de prévention :
- A combien de patients de milieux défavorisés concernés par l'activité de prévention citée ils proposaient celle-ci,
- S'ils proposaient cette activité aussi souvent, plus souvent ou moins souvent à un patient défavorisé qu'au reste de leur patientèle.

Les réponses de 22 médecins ont pu être analysées.

Les résultats se trouvent dans le tableau suivant :

Activité	moyenne (/10 pat.MD)[1]	MD vs pop. gén (en nb de MG)[2] (n = 22)		
		+	-	=
vaccin tétanos	6.8	1	3	12
vaccination des enfants	9.7	2	0	14
vaccin grippe	6	3	5	7
dépistage cancer sein	5.2	1	6	9
dépistage cancer col utérus	4.3	3	6	7 (2=0)
arrêt tabac	5.6	1	6	9
conseils nutritionnels (obésité)	4.4	3	8	5
équilibre diabète	8.1	1	2	12
traitement HTA	8.7	0	2	13
examen de santé (but = dépistage)	2.8	2	3	11(9=0)
prévention MST	7.2	3	1	12
dépistage cholestérol	4.6	1	6	9 (2=0)
counselling act.physique	4.5	4	7	4

Il ressort de ce premier tableau que les médecins n'hésitent pas à proposer et à vacciner les enfants de milieux défavorisés. La vaccination contre le tétanos, l'équilibre du diabète, le traitement de l'hypertension artérielle et la prévention des maladies sexuellement transmissibles sont également souvent proposées par le médecin généraliste chez les patients de milieux défavorisés.

[1]nombre de fois où l'activité citée dans la première colonne du tableau est réalisée, sur 10 patients défavorisés concernés (moyenne).

[2]Nombre de médecins généralistes (MG) réalisant l'activité de prévention cités plus souvent (+), aussi souvent (=) ou moins souvent (-) dans les milieux défavorisés, par rapport au reste de leur patientèle (MD vs pop. gén.). (X=0) signifie que x médecins ne pratiquent jamais cette activité.

Mais, on remarque que certaines activités de prévention sont nettement moins souvent proposées par le médecin aux patients défavorisés qu'aux autres. Il s'agit du vaccin contre la grippe, du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, la proposition d'arrêt du tabac, les conseils nutritionnels, le dépistage de l'hypercholestérolémie et le conseil d'avoir une activité physique.

Une autre façon d'analyser ces données est de comparer l'attitude des médecins généralistes entre eux, en matière d'activités de prévention dans les milieux défavorisés par rapport au reste de leur patientèle.

En fait, on remarque qu'en plus de différences entre types d'activités, il y a des différences entre médecins généralistes. Le tableau qui suit reprend quelques exemples assez parlants :

Non seulement des différences entre types d'activité,...
mais aussi des différences entre médecins généralistes...

	tétan	vac	grip	sein	col	tabac	nutr	diab	HTA	exam	MST	chol	exerc
"+"	+	=	+	=	+	+	+	=	=	0	+	=	+
	=	=	+	+	+	=	+	=	=	-	=	+	+
"-"	=	=	-	-	-	-	-	=	=	0	=	-	-
	=	=		-	-	-	-	-	=	+	+	-	-
	=	=	-	-	-	-	-	=	=	+	=	-	-
	-	=	-	-	-	=	-	=	=	0	=	=	-
"="	=	=	+	=	O	=	=	+	=	0	=	=	=
	=	=	=	=	=	=	=	=	=	0	=	=	=
	=	=	=	=	=	=	=	=	=	0	=	=	0
	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	+

Chaque ligne de ce tableau représente un médecin.

(=) signifie que le médecin considéré propose aussi souvent l'activité de prévention à tous ses patients, défavorisés ou non.

(-) signifie que le médecin considéré propose moins souvent l'activité de prévention à ses patients défavorisés qu'aux autres patients

(+) signifie que le médecin considéré propose plus souvent l'activité de prévention à ses patients défavorisés qu'aux autres patients.

Dix médecins généralistes ont été repris à titre d'exemple :

- 2 médecins généralistes ayant tendance à proposer plus d'activités de prévention aux patients défavorisés par rapport au reste de leur patientèle ("+")
- 4 médecins généralistes ayant tendance à proposer moins d'activités de prévention aux patients défavorisés par rapport au reste de leur patientèle ("-")
- 4 médecins généralistes ayant tendance à proposer autant d'activités de prévention aux patients défavorisés qu'au reste de leur patientèle ("=")

A travers ce tableau, nous pouvons constater que ce sont les mêmes activités que certains médecins proposent plus souvent ou moins souvent aux personnes défavorisées ! En effet, en comparant les activités de prévention des médecins à tendance "+" et à tendance "-", on constate que ceux à tendance "+" pratiquent plus souvent la vaccination contre la grippe, le dépistage du cancer du sein et du col, l'aide au sevrage tabagique, les conseils nutritionnels, le dépistage de l'hypercholestérolémie et le counselling en matière d'activité physique aux patients défavorisés. Or, ce sont ces mêmes activités qui sont moins souvent proposées par les médecins à tendance "-" aux patients défavorisés !

En plus d'une différence entre types d'activités de prévention, on constate donc des différences d'attitudes entre les médecins généralistes...

Rappelons que tous les médecins interviewés étaient des médecins généralistes ayant une expérience en milieux défavorisés, et étaient intéressés par un séminaire européen sur la prévention et l'éducation pour la santé en milieux défavorisés par la consultation de médecine générale.

6. LES OBSTACLES SPECIFIQUES A LA PREVENTION EN MILIEUX DEFAVORISES

6.1. Revue de la littérature

Nous avons recherché à travers la littérature les obstacles spécifiques à la prévention en milieux défavorisés.

Les obstacles particuliers à la prévention en milieux défavorisés seraient, en plus des obstacles propres à la prévention dans la population en générale :

- La *notion de fatalité* dans la représentation de la maladie. La maladie est perçue comme étant hors du contrôle individuel, comme une punition, une faiblesse.[1 2]

- Le fait que la *santé* ne soit *pas considérée comme prioritaire* dans ces populations. Par ordre d'importance, on note en effet que les priorités de ces populations sont: 1. L'argent, 2. Le travail, 3. Le logement et enfin 4. La santé. Une tendance serait toutefois à l'augmentation des préoccupations concernant la santé, et une plus grande perception des indices de santé sur la profession[3].

- Le fait que les soignants ont des *difficultés à adapter les conseils* de prévention en milieux défavorisés[4].

- La difficulté des patients de milieux défavorisés à *gérer* leur pathologie et *à effectuer des démarches* d'ordre médical, administratif et social[5].

6.2. L'avis des médecins généralistes belges

Quels sont les obstacles identifiés par le médecin généraliste pour faire de la prévention en milieux défavorisés ?

Les obstacles à faire de la prévention avec les patients de milieux défavorisés sont, d'après les médecins interviewés :

L'*urgence* dans laquelle ils fonctionnent.

Leur culture : autres repères (fatalité devant la maladie, image de l'enfant gros), autres valeurs, autres priorités.

Financier : coût de certains examens et traitements.

---

[1]MARTIN F, Description de l'état de santé global (physique, mental et social) de 300 personnes en situation de précarité sociale hospitalisées au centre de Dreux (France) en 1995

[2]DECCACHE A, La santé des milieux défavorisés. Synthèse de données épidémiologiques, sociologiques, culturelle et psychologiques collectées dans le cadre du projet "Education pour la santé en milieux défavorisés". Bruxelles, janvier 1990.

[3]SCHAETZEL F, QUEROUIL O, Etat de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes, novembre 1991

[4]Fédération des Maisons Médicales, Agir ensemble en prévention : 1995 : bilan d'une année dynamique, d'échanges et de projets autour de la prévention avec 23 Maisons Médicales

[5]MARTIN F, Description de l'état de santé global (physique, mental et social) de 300 personnes en situation de précarité sociale hospitalisées au centre de Dreux (France) en 1995

Communication : difficulté à faire passer des messages, inutilité des supports écrits.

C'est au médecin à noter les rappels de vaccins, sinon, il n'y a *pas de suivi*. Mais comme le plus souvent, ces patients consultent aussi ailleurs, le dossier du médecin est incomplet...

Le *non sens* de la prévention quand le patient ne s'en sort pas au quotidien.

L'inadéquation des messages de prévention médiatiques face aux plus défavorisés. " Pourtant, presque tous ont la télévision. Mais ils ne se sentent pas concernés ".

La *formation universitaire* des médecins qui ne les prépare aux publics défavorisés et à la prévention. " Quand on sort de l'université, on aime être appelé pour de bonnes raisons... ".

Le fait que, le plus souvent, ils ne sont *pas demandeurs*. Un médecin se dit toutefois parfois surpris de la demande en prévention de certains patients défavorisés.

En général, les patients de milieux défavorisés sont *d'accord pour des activités ponctuelles* (comme la vaccination, par exemple), mais ils ne suivent pas les conseils à long terme (traitement du diabète, de l'hypertension artérielle, etc.).

L'asthme est difficile à prévenir dans ces milieux, car les gens ne veulent pas se séparer de leurs *animaux*, supprimer les tapis, etc.

Certains médecins généralistes préfèrent parfois ne rien proposer en matière de prévention en milieux défavorisés, de *peur de perdre la confiance* de leur patient. Ils craignent en effet que le patient change de médecin s'ils leur demandent quelque chose qui leur semble impossible. *" Et au moins, il y aura une possibilité de suivi car ils ne changeront pas de médecin "*. Le suivi est considéré comme capital pour aider le mieux possible les patients défavorisés.

Même si plusieurs médecins travaillent volontiers avec certains *organismes de prévention*, d'autres ont peur que leurs patients ne s'y retrouvent pas. Un médecin parle de son expérience : *" Mes patients ne s'en sortaient plus, et ne comprenaient pas pourquoi chaque médecin les renvoyait ailleurs. En effet, lorsque le médecin de la protection maternelle et infantile dépiste une anomalie qui relève du curatif, il me renvoie le patient. Idem pour le médecin scolaire. Et moi, je les renvoyais chez eux pour les vaccins. Alors que nous sommes tous médecins... "*.

En guise de synthèse, reprenons sous forme de tableaux les obstacles à la prévention dans la patientèle générale (première colonne), et dans la patientèle dite défavorisée du médecin généraliste (première et deuxième colonne).

Les obstacles à la prévention en médecine générale	
Dans la population en général	**Spécifiques aux patients défavorisés**
- Pas de demande des patients - Crainte du médecin d'être jugé trop interventionniste - Peur de casser la relation avec le patient - Manque de cohérence dans les critères de santé publique - Manque de support, de soutien - Manque de temps - Mode de rétribution - Manque de formation du médecin généraliste en prévention - Lourdeur administrative - Doute du médecin quant à l'efficacité des mesures - Doute du médecin quant à sa propre efficacité - Concurrence, et donc dilution des pouvoirs et responsabilités	- l'urgence dans laquelle ils fonctionnaent - Culture (autres repères, autres valeurs,...) - Coût (examens, traitements) - Communication - Le "non sens" de la prévention en milieux défavorisés... - Le patient est très peu demandeur (mais, parfois, certains médecins se disent surpris de la demande du patient défavorisé) - Peur de perdre la confiance du patient, peur de casser la relation "au moins, il y a un suivi...) - Sont considérés comme "impossibles" à changer : modifier alimentation, tabac, alcool, - la prévention marche quand elle est ponctuelle (vaccination, par exemple), mais des actions à plus long terme semblent impossibles à mener.

7. PISTES POUR AMELIORER LA PREVENTION DANS LES MILIEUX DEFAVORISES

Afin de trouver des pistes pour améliorer la prévention en milieux défavorisés, nous avons procédé en plusieurs étapes :

1. Enquête auprès de médecins généralistes belges
2. Revue de la littérature
3. Organisation d'un séminaire européen.

7.1. L'avis des médecins généralistes belges

Selon les médecins généralistes belges, comment pourrait-on améliorer la prévention avec les patients de milieux défavorisés ?

Pour améliorer la prévention dans les milieux défavorisés, les médecins interviewés proposent :

De tout faire pour avoir une *bonne relation* avec le patient, ce qui permet la fidélisation . " Sans cela, la prévention est impossible ".

Concevoir des projets *avec* les patients, et pas pour eux.

Former les médecins à l'écoute (ce qui n'est pas prévu dans la formation médicale).

Donner des notions aux médecins qui leur permettraient de *mieux connaître les publics défavorisés.*

Etre *tolérant* et sortir de cette " vision de certitude " que l'on donne à l'université.

Prendre le *temps.*

Rencontrer d'autres généralistes confrontés aux milieux défavorisés, afin de permettre un échange d'expérience, un " défoulement " jugé parfois bien nécessaire vu le peu de suivi, etc.

Rencontrer d'autres intervenants-professionnels (pas forcément des médecins) qui ont une *réalité de terrain* avec ce type de public.

Faire bouger certaines choses au *niveau politique*. Pour un des médecins, " c'est le ministre de l'économie, plutôt que le ministre de la santé qui pourrait vraiment faire bouger les choses ".

Améliorer la *formation du médecin généraliste en prévention.*

Officialiser le rôle de prévention du médecin, afin que les gens n'aient plus l'impression qu'il s'agit d'une initiative personnelle d'un médecin.

Tout miser sur l'enfant, qui est entouré d'une notion d'espoir dans les milieux défavorisés. Certains médecins pensent aussi que " pour les adultes, c'est trop tard "...

Utiliser la *télévision* pour faire passer des messages qui leur seraient plus accessibles. " Tous possèdent au moins une télévision, et la regardent souvent ".

Enfin, en ce qui concerne la *vaccination*, c'est au médecin à la proposer de façon active. " Si les gens de milieux défavorisés ne sont pas vaccinés, c'est de la faute du médecin, car dans ces milieux, les refus de vaccination sont rares ".

7.2. Apports de la littérature

(D'après FILEE et al[1], complété par l'interview des médecins généralistes)

L'importance de la communication...

Le contenu de tous les messages de prévention est bien sûr pertinent pour les personnes de milieux défavorisés. Cependant, leur forme est bien souvent inadéquate pour ce public.

La distribution de revues ou l'affichage public ne sont pas des moyens efficaces pour informer ce public et le faire changer de comportement. L'écrit est en effet bien souvent un mode de communication secondaire dans les milieux pauvres.

De surcroît, le contenu des publications écrites et des affiches largement diffusées, visant le grand public même quand elles parlent de recettes « bon marché », n'est pas adapté aux populations vivant dans la précarité.

Les stratégies qui se veulent efficaces devraient s'appuyer avant tout sur la communication interpersonnelle, celle qui se tisse entre le médecin, l'infirmière, l'assitant social et le patient. Ces intervenants disposent de la confiance de leur public, ils le connaissent, ils peuvent adapter le discours d'éducation pour la santé à des situations de vie particulières.

[1] FILEE et al, Prévention du cancer et pauvreté,CERES, Liège,Septembre 1996

Au-delà d'interventions à visée éducative, ce sont des espaces de communication qu'il faut multiplier. Les personnes défavorisées souffrent beaucoup, pour la plupart, d'un manque de possibilité de communication. C'est pourquoi, en matière de santé comme en d'autres domaines, il faut donner à ces personnes des occasions de s'exprimer, de se confier, de se parler et de parler à des professionnels de santé qui sauront les écouter.

Lors des interviews de médecins généralistes belges, il s'est révélé que certaines pratiques sont tout à fait possibles en milieux défavorisés :

- *La prévention chez l'enfant* est toujours la bienvenue chez ce type de patient, vu la notion d'espoir qui entoure l'enfant dans ces milieux.
- *La vaccination des adultes* est souvent bien acceptée. "Si les gens de milieux défavorisés avec qui nous sommes en contact ne sont pas vaccinés, c'est de notre faute, car dans ces milieux, les refus sont rares en matière de vaccination".

Selon ces médecins généralistes, les actions ponctuelles de prévention, comme la vaccination, sont en effet possibles chez les plus défavorisés. Par contre, les actions à plus long terme, comme arrêter de fumer, de boire ou modifier l'alimentation sont jugées impossibles.

Afin d'aider le médecin dans cette tâche, voici *quelques recommandations* extraites de Filee et al[1], suite à la rencontre de personnes défavorisées :

La consommation de tabac revêt une signification particulière pour les personnes défavorisées. Il s'agit souvent d'un refuge contre une angoisse bien compréhensible compte tenu des difficultés de vie. Il s'agit souvent aussi d'un des rares plaisirs que les adultes peuvent, ou croient pouvoir s'offrir (parfois au détriment d'autres qui nous paraissent, à nous, essentiels). Avant d'envisager le sevrage tabagique imposé de l'extérieur, il faut se demander quelles en seraient les conséquences pour la personne et pour son entourage. Peut-être plus graves que le tabagisme lui-même. Les auteurs recommandent de mener des programmes qui viseraient les enfants et les adolescents de ces familles pauvres. Il est aussi important de convaincre les adultes qui fument des dangers du tabagisme passif, particulièrement celui des enfants. Compte tenu de la valeur refuge que revêt l'enfant dans ces familles, de tels programmes seraient plus facilement acceptés par les parents que des programmes qui les prendraient eux-mêmes pour cibles.

L'alcoolisme fait l'objet d'un rejet social. Il est donc caché. Ici encore, les auteurs recommandent de mener des actions à l'égard des enfants et des adolecents, dans le cadre de programmes plus larges de prévention primaire des assuétudes.

[1]FILEE et al, Prévention du cancer et pauvreté, CERES, Liège, septembre 1996

Concernant *l'alimentation*, il existe de grands déséquilibres alimentaires, alors même que les obstacles économiques paraissent secondaires. Les obstacles psycho-sociaux, de toutes natures, sont très importants et justifient des actions de communication et même de formation. Les obstacles ne sont pas insurmontables. Des améliorations sont possibles, à conditions de progresser à petits pas vers un meilleur équilibre alimentaire et vers une (re)découverte des plaisirs de la table. Ici encore, les enfants sont les leviers d'une amélioration des pratiques en leur faveur, mais aussi en faveur des adultes eux-mêmes, qui bénéficieraient des efforts qu'ils feraient pour leurs enfants.

Enfin, les messages relatifs au *dépistage* devraient faire l'objet d'une attention particulière. Le médecin généraliste est sans doute le professionnel de la santé le mieux placé pour proposer aux patients défavorisés des actes de dépistage. En effet, les gens défavorisés ne se rendent pas spontanément dans les structures officielles de dépistage. Ceux qui sont en contact avec le médecin généraliste devraient être encouragés par celui-ci à recourir à des examens de dépistages.

Rappelons également les pistes pour améliorer la relation soignant-soigné (voir chapitre IV).

7.3. Apports du séminaire européen

Les médecins présents au séminaire distinguent bien les deux types prévention :
- La prévention médicale dite "technique" (vaccination, dépistage, etc)
- Et la prévention plus "éducationnelle" (conseils, changements de comportements, etc).

Les médecins se sentent manifestement plus à l'aise pour les activités qui touchent à la prévention médicale dite "technique". Concernant l'axe plus éducatif, plusieurs médecins expriment un certain doute quant à leur propre efficacité comme éducateur. "Nous n'avons pas été formés à cela à l'université", "Cela sort du cadre de pensées appris à l'université". Les médecins se disent très mal formés pour faire passer des messages à leurs patients, et en communication en général.

Nous avons été frappés par le fait que bien peu de médecins semblent réaliser que l'éducation pour la santé n'est pas forcément du domaine de la santé publique. Or, toute activité médicale, depuis l'aménagement de la salle d'attente jusqu'à la prescription, en passant par l'anamnèse et le diagnostic, comprend une part d'éducation pour la santé. Le concept "d'éducation pour la santé du patient" serait sans doute mieux compris par le médecin, celui-ci se sentant plus impliqué puisque qu'ici, on parle précisément du patient, et pas de l'individu en général .

Certains médecins pensent que pour bien faire de l'éducation pour la santé ou de la prévention, il faut "sortir de son cabinet", et faire des campagnes d'informations collectives dans une école, un quartier, un groupe. Nous avons tenu à leur rappeler que la place du médecin généraliste était avant tout dans son cabinet (et, le cas échéant, en visite à domicile). Secondairement, sa place est en ville, pour des actions plus collectives...

A ce propos, plusieurs médecins soulignent que le discours des patients n'est pas le même en individuel ou en collectif. "Dans un groupe, les patients ne parlent pas en leur propre nom : il parle de leur voisin ou d'un ami...". Certains sujets peuvent être une grande préoccupation en groupe (par exemple, le cancer), puis, on n'en parle plus en consultation dans le colloque singulier. Par contre, des sujets ignorés en collectif deviennent extrêmement accrocheurs dans le colloque singulier (le sommeil, par exemple). En collectif, ce qu'on inore, c'est le vécu des choses. Où sont les vraies préoccupations ? Où est la vraie parole ? C'est aussi plus facile de dire "je n'ai pas les moyens ou je n'ai pas le temps" que de parler de ses propres angoisses rattachées à la maladie. Parler de ses propres angoisses dans le colloque singulier de la consultation, ce n'est déjà pas facile. Mais en groupe, c'est encore pire. C'est plus facile de parler de celles des autres.

Plusieurs médecins dénoncent la pression des firmes pharmaceutiques dans le domaine de la prévention : "les médecins ont l'impression de faire de la prévention en ce qui concerne la vaccination, l'hypertension, le diabète et le cholestérol, aussi parce qu'il y a une énorme pression des firmes pharmaceutiques, et d'énormes moyens financiers mis en oeuvre par ces firmes". Les firmes sont ainsi parvenues à faire vivre certains conseils de prévention (guidelines), et à familiariser le médecin à celles-ci. Mais, on remarque que les actes de prévention encouragés par les firmes pharmaceutiques sont ceux où il y a une prescription à faire. Modifier l'alimentation du patient, lui conseiller de faire d'avoir une activité physique, cela ne rapporte rien aux firmes... Or, il faudrait aussi arriver à faire vivre ces recommandations.

Afin d'améliorer la prévention en médecine générale, les médecins du séminaire proposent :
- de réfléchir à comment mieux impliquer le médecin généraliste, plutôt que de lui dire comment on voudrait qu'il fasse;
- modifier la formation universitaire où seul le curatif est mis en avant ("pour faire de la prévention, nous devons transgresser le cadre de pensée appris à l'université";
- de montrer au médecin l'omniprésence de l'éducation pour la santé dans sa pratique qutidienne, et le convaincre des possibilités qui existent au sein de sa consultation pour améliorer l'éducation pour la santé et la prévention;
- de leur donner non pas des recommandations classiques de prévention ("il existe des guidelines en matière de prévention"), mais bien des recommandations transversales pratiques de l'ordre des méthodes, de la relation, de la communication médecin-patient.

A propos de la prévention dans les milieux défavorisés

Pour beaucoup de médecins généralistes, la prévention dans ces milieux n'est pas uniquement médicale, elle est aussi, et peut-être avant tout, sociale. "la priorité pour eux, c'est la revaloristaion".

Les médecins sont également convaincus que ces populations doivent pouvoir consulter dans des structures classiques pour éviter, ou renforcer l'exclusion.

"La priorité pour eux, c'est d'avoir ou de retrouver une image positive d'eux-mêmes. Les aider en tant que médecin généraliste à faire cela, c'est un travail de santé, c'est un travail de prévention". Pour les médecins généralistes souvent confrontés à ces populations, la démarche de revalorisation sociale, en restant régulièrement en contact avec ces patients, est vraiment prioritaire. De même, les recevoir dans un endroit propre, correct, est une forme de valorisation pour eux.

Les patients de milieux défavorisés ont une image très négative de leur corps. Par le regard qu'on porte sur eux, par la durée et la qualité de la relation qu'on peut arriver à avoir avec eux, on peut leur donner une autre image d'eux-mêmes et de leur corps. "L'accompagnement de longue durée peut faire bouger les choses en matière de prévention, bien plus que notre discours".

La question de l'activité médicale dans les milieux défavorisés soulève également le problème de la définition des **rôles et compétences du médecin généraliste** :

- d'une part, le médecin n'est pas un assistant social. Il n'a pas été formé à cela. Ces deux professions se complètent et ont chacune leur spécificité et un travail énorme avec un patient défavorisé ;
- d'autre part, en milieux défavorisés, tant la demande du patient au médecin que la multiplicité des problèmes obligent bien souvent le médecin généraliste à s'écarter de son rôle purement médical. "Si nous voulons être efficace dans ces milieux, il nous faut sortir de notre champ de compétences classique".

Un médecin travaillant en maison médicale fait remarquer que pour bien fonctionner, il a fallu définir dès le départ les rôles et fonctions de chacun des professionnels travaillant dans la maison médicale (médecins généralistes, kinés, assistants sociaux, infirmières, accueillant). "Mais cela n'a pas été fait pour le médecin généraliste travaillant en solo".

Concernant les collaborations entre professionnels de la santé, le plus souvent, le médecin généraliste crée son propre carnet d'adresses (kiné, infirmières à domicile, médecins spécialistes, assistants sociaux, mais aussi où s'adresser en cas d'insalubrité de logement, de recherche d'emploi, de droits sociaux, etc.). Ceci est une façon de créer son propre réseau de collaboration, et de délimiter les compétences de chacun de façon informelle.

La prévention en milieux défavorisés : les dangers de l'auto-censure...

Plusieurs médecins généralistes déclarent ne pas faire – ou faire moins – de prévention dans les milieux défavorisés, pour différentes raisons :
"Ils ont d'autres priorités"
"Ce serait le comble pour eux de se savoir en mauvaise santé, de se découvrir un problème de plus auquel ils ne pourraient pas forcément faire face"
"Ce n'est pas le moment de leur proposer"
"Leurs priorités ne sont pas sanitaires..."
etc.

Or, un patient en difficulté peut avoir les même attentes qu'un autre, vis-à-vis de son médecin, en matière de prévention et d'éducation. Il est clair qu'il y a peut-être des étapes différentes, mais il faut être très prudent dans l'auto-censure en considérant à la place de l'autre que pour lui, ce n'est pas le moment ou pas une priorité. "Dans des groupes de paroles, il y a des reproches : à nous, on ne nous a pas proposé cela".

Parfois même, selon un médecin généraliste, "on a un comportement qui met à risque ces populations, par exemple, en ne leur donnant pas d'explications parce qu'on se dit que telle personne ne comprendra pas, ou ne sait pas lire, etc. De même, le comportement d'absence d'offre de prévention parce qu'on projette sur la personne qu'on a en face de soi une absence d'intérêt pour la prévention les met à risque".

Certains médecins généralistes se demandent si la responsabilité de la prévention est du domaine de l'individu ou du médecin. La responsabilité du médecin est sans doute de proposer à son patient des activités de prévention. Celle du patient est d'accepter ou de refuser en fonction de ce qu'il juge le mieux pour lui, mais en ayant été suffisamment éclairé par le médecin. Actuellement, les gens les mieux informés, les plus favorisés, sont aussi ceux qui ont le moins de comportements à risque pour leur santé, et qui demandent plus de prévention que les autres. Le médecin ne peut en aucun cas renforcer ces inégalités en ne proposant des activités de prévention qu'aux patients les plus favorisés, et en décidant à la place du patient défavorisé, un non intérêt ou une non priorité de la prévention.

Une aide pratique...

Les médecins généralistes ont, à plusieurs reprises, manifesté le souhait d'être aidés de façon "transversale" en prévention. Ils disent avoir besoin d'un outil qui leur permette de mieux communiquer avec le patient. Améliorer la communication soignant-soigné est aussi une façon de mieux connaître le patient, d'adapter conseils et traitements en fonction de ses souhaits et réalités de vie.

Dans cette optique, nous proposons aux médecins généralistes un guide de formation "communication soignant-soigné en médecine générale".

Ce manuel n'est pas spécifique aux milieux défavorisés. Les difficultés de la relation médecin-patient défavorisé ne sont-elles pas, en effet, un effet de loupe de ce qui se passe ailleurs, dans toute relation entre le médecin et son patient ? Mais dans ce contexte, le fossé socio-culturel qui sépare le soignant du soigné est énorme. Y être attentif, c'est déjà en partie limiter ce fossé. En maîtrisant mieux les concepts de communication, le soignant pourra mieux communiquer avec le patient, quelque soit son milieu.

Le guide de formation "Communication médecin-patient en médecine générale" est disponible sur demande à l'adresse suivante :

Unité RESO / Education pour la Santé
Université catholique de Louvain
Faculté de Médecine
50 avenue E. Mounier
1200 Bruxelles
Belgique
Tél. 32 (0)2 764 50 70
Fax 32 (0)2 764 50 74

CONCLUSION

Le projet "Prévention, médecine générale et milieux défavorisés" est une tentative de réponse au risque d'une prévention et d'une éducation pour la santé à deux vitesses dans notre société où la paupérisation est croissante.

Rappelons-en les grandes lignes :
- L'existence d'inégalités sociales en matière de santé dans nos pays;
- La plus grande fréquence des comportements à risque en milieux défavorisés, avec une moindre consommation d'actes de prévention;
- La place privilégiée du médecin généraliste en prévention dans la population en général, et dans les milieux défavorisés en particulier;
- L'importance d'une relation médecin-patient basée sur la confiance réciproque et le respect mutuel;
- L'apport énorme d'une communication soignant-soigné de qualité tout au long de la consultation, depuis l'accueil du patient jusqu'à la prescription thérapeutique et son suivi. Dans le cas spécifique des milieux défavorisés, une meilleure connaissance de base en communication permet de réduire le fossé socio-culturel qui sépare le soignant du soigné dans ce contexte.

Tout au long de ce rapport, des pistes de solutions ayant pour objectif une amélioration de la prévention dans les milieux défavorisés par la consultation de médecine générale, ont été proposées.

Plusieurs points mériteraient toutefois d'être explorés ou approfondis :

1. Si le médecin généraliste occupe une place privilégiée en matière de prévention, on remarque qu'en pratique, des lacunes en prévention restent présentes dans la population. Tout se passe comme s'il existait une discordance entre le rôle théorique du médecin généraliste en prévention (pourtant reconnu et approuvé par celui-ci) et la mise en pratique d'une prévention plus systématisée au sein de la consultation. Cette discordance, si elle est plus visible en milieux défavorisés, est néanmoins présente dans l'ensemble de la patientèle du médecin généraliste. Elle gagnerait à être étudiée de façon plus approfondie.

2. L'acte préventif et le rôle éducatif du médecin ne sont pas assez valorisés actuellement. Comme le dit J.F.d'Ivernois[1], "Où en est la réflexion des décideurs de la santé sur la reconnaissance de l'acte éducatif? Combien d'années faudra-t-il encore attendre avant d'obtenir de la Sécurité Sociale la codification de cet acte?". Légitimer, reconnaître les actes préventifs et éducatifs en médecine permettrait sans doute de leur donner la place qu'ils méritent aux yeux de tous (patients et médecins), au même titre que le curatif.

---

[1] J.F.D'IVERNOIS, L'éducation du patient asthmatique : temps et moments. In Asthme : maladie chronique et le temps pour guérir, sous la direction de J.-L.RACINEUX, 11ème séminaire du GREPA, 28-30 mars 1996.

3. Le médecin généraliste ne peut être, à lui seul, le "réparateur d'une fracture sociale". En milieux défavorisés, les problèmes sont souvent complexes et intriqués. Un problème multifactoriel demande des solutions multiples. Plutôt que de parler de "prévention dans les milieux défavorisés par le médecin généraliste" serions-nous plus adéquats en envisageant "la prévention dans les milieux défavorisés en collaboration avec le médecin généraliste". Les actions éducatives et préventives du médecin généraliste dans ces milieux doivent s'inscrire dans des politiques sociales concertées visant à réduire la pauvreté.

4. L'approche des milieux défavorisés a soulevé le problème des compétences et limites du médecin généraliste. Celles-ci gagneraient sans doute à être redéfinies.

5. Ce projet "Prévention, médecine générale et milieux défavorisés" s'est voulu essentiellement qualitatif, étant un premier tour d'horizon dans ce domaine. Il conviendrait toutefois de confirmer les données ressorties des enquêtes, de la revue de la littérature et du séminaire par une analyse de type quantitatif, afin d'approfondir et confirmer nos connaissances sur la prévention, la médecine générale et les milieux défavorisés.

DEUXIEME PARTIE

CONTRIBUTION

DES PARTENAIRES

DU PROJET

CONTRIBUTION DES PARTENAIRES DU PROJET

EDUCATION POUR LA SANTE, EDUCATION DU PATIENT : QUELQUES CONCEPTS ET LEUR SIGNIFICATION EN MEDECINE GENERALE...[1]

Alain Deccache
Professeur, Unité d'éducation pour la santé (RESO), Ecole de santé publique, Université catholique de Louvain, Bruxelles.

Les définitions présentées et argumentées des concepts d'éducation pour la santé, éducation du patient, prévention, promotion de la santé, etc... sont le résultat de choix issus à la fois de pratiques d'accompagnement de projets dans divers milieux de soins, d'une tentative de compréhension de l'évolution (internationale) du champ concerné, et du besoin de concrétiser, opérationnaliser et délimiter des zones de pratique et d'évaluation de leurs processus et effets.
Ces définitions n'ont, et ne pourraient avoir, la prétention de recouvrir toutes les visions et les pratiques, ni d'offrir une idée définitive de l'une de celles-ci. Le point de vue qu'elles représentent est toutefois bien partagé par de nombreux professionnels de la santé et des soins, et donc aussi discuté et nuancé par d'autres. Outil de travail, de développement, de recherche et de formation, à l'Unité d'Education pour la Santé (et d'Education du Patient) de l'UCL (Ecole de Santé Publique), ces définitions sont aussi un outil de discussion.

Prévention et éducation pour la santé: quelle place en médecine générale ?

C'est dans son "institution" (cabinet, centre de santé) et ses "extensions" (domicile du patient, hôpital...) que s'exerce la fonction principale du médecin généraliste : fonction curative en réponse à une demande (plainte ou motif de consultation). Deux autres fonctions existent, préventive (prévention de complications et rechutes, dépistage présymptomatique, vaccinations...) et palliative (patient en fin de vie, accompagnement de l'entourage), elles aussi liées à la demande de soins.

[1]Ce document synthétise, rassemble et présente quelques concepts et notions proposés à la discussion lors de l'Université d'Eté "EpS en médecine générale", tenue à Neuvic (Corrèze) du 4 au 7/7/96 à l'initiative du CFES et du CESEL (déjà paru dans les Actes du séminaire CFES)

Si la fonction curative du médecin semble aller de soi, parce que liée à la fois à la formation médicale (encore peu orientée vers la prévention) et aux représentations tant sociale que professionnelle du rôle du médecin (où le curatif reste dominant) , la prévention occupe une place variable dans les pratiques. Et si la formation prépare peu à cette fonction, les médecins l'intègrent de plus en plus dans leur vision de leur rôle, comme réponse à une demande. Toutefois, la majorité reste persuadée qu'une pratique systématique de la prévention est difficile sinon impossible par manque d'attentes de la part des patients eux-mêmes: la prévention est parfois même considérée comme une incitation à la consommation médicale. De plus, la prévention s'inscrit dans une logique de santé publique, qui s'oppose parfois à celle de santé individuelle, au coeur même de la relation thérapeutique, et dans laquelle le médecin est amené à prendre des positions et des décisions qui favorisent un patient (ou sa santé) au détriment de la "santé publique". Ce conflit est illustré par les récents "scandales" provoqués par des décisions de médecins anglais qui ont priviligié le point de vue public en refusant des traitements coûteux parce que ce coût (social) dépassait les avantages (individuels) pour la santé des patients concernés. Dans le contexteactuel de maîtrise des coûts de la santé et de rationnement des soins, les pratiques préventives sont parfois considérées comme une nouvelle forme de surconsommation médicale. L'écart entre santé publique et santé individuelle risque de s'accroître, compliquant l'intégration de la prévention dans la pratique médicale.
Et pourtant, la prévention, longtemps perçue comme le côté "santé" de la médecine, c'est-à-dire le volet peu prioritaire puisque la médecine a dans les faits la maladie pour objet principal, la prévention n'est en réalité qu'une partie de la logique de maladie: on ne prévient que les risques et les maladies. Cette logique s'inscrit dans une vision de la santé comme absence de maladie, la maladie étant le référent. Or, l'adoption de la définition de l'OMS (la santé comme état de bien-être physique, mental et social..., 1946) a rendu nécessaire de déplacer le lieu de référence, de la maladie vers la santé "positive". Ce mouvement correspond d'ailleurs mieux aux logiques de santé des "gens", patients ou non . C'est aussi probablement un des aspects majeurs du concept de promotion de la santé, qui intègre prévention de la maladie et maintien ou amélioration de la santé, en ouvrant la place à une double logique.

CURATIF---------------- PREVENTIF <- - - - - - - - - - - -> MAINTIEN & AMELIORATION
de la maladie **de la santé**

Au débat sur la place de la prévention dans la pratique médicale clinique vient s'ajouter celui de la place de la promotion de la santé comme moyen de centrer l'attention sur la santé (le non-problème) en plus de la maladie (le problème). En outre, la pratique médicale est fondée, du point de vue du patient, sur l'existence de problèmes (plainte, motif de consultation), et du point de vue de la discipline médicale, sur une logique, la démarche de résolution de problème (diagnostic ⇨ traitement). Cette démarche doit être élargie à une approche autre (par exemple, partir de situations, de "non-problème") si l'on veut que la promotion de la santé trouve une place dans la pratique médicale, pour autant que cette place soit souhaitée.

Par ailleurs, en trente ans, l'explosion de la prévalence des maladies chroniques (et des polypathologies qui les accompagnent souvent) a attribué un rôle de plus en plus important au médecin de famille, au généraliste... Dans des maladies qui ne se guérissent pas, qui se soignent et se "gèrent", dans la durée et la continuité, et dans le cadre de la vie quotidienne des patients et de leurs familles, le médecin généraliste reste indubitablement le mieux placé des professionnels de santé pour assurer le suivi, le lien avec les soins spécialisés, la gestion des traitements de fond, et partant, l'éducation des patients à la maladie, au traitement (qui inclut la prévention secondaire et tertiaire, des risques, des phases aigues, des complications...).
Ces maladies chroniques diffèrent des maladies aigues notamment par l'existence de traitements 1) plus que médicaux (alimentation, hygiène de vie, surveillance des symptômes,...), 2) de longue durée (de fond, bien plus difficiles à suivre qu'une simple prise de médicaments pendant quelques jours), 3) en phase asymptomatique (les patients doivent suivre des traitements quasi-préventifs, sans perception d'amélioration immédiate ou de soulagement), 4) qui interfèrent avec les habitudes et les projets de vie (et nécessitent une aide tant à la mise en place qu'au maintien...) et 5) qui sont de la "responsabilité" du patient lui-même (ce qui rend indispensable une éducation et un apprentissage de ces traitements).

Il y a donc clairement un changement de rôle pour le généraliste, changement qui s'accompagne de facteurs favorisants et des freins au développement des activités de prévention et d'éducation pour la santé en médecine générale. Et même lorsque ces activités existent, elles apparaissent comme variées, recouvrant des pratiques diverses dont la cohérence n'est pas toujours évidente, d'où l'intérêt de clarifier les concepts et les actions qu'ils recouvrent.

Pratiques et concepts ...

Toute pratique procède d'un choix d'objectifs, de méthodes et de moyens parmi un ensemble d'options. Les possibilités de choix sont déterminées par l'orientation théorique et conceptuelle qui les sous-tend, c'est-à-dire du mode d'explication que l'on a de la situation. A son tour, cette orientation est le fruit d'un autre choix, ou d'une hiérarchisation, de valeurs, d'idéologies professionnelle et sociale. Il y a, par exemple, un lien indiscutable, toujours présent quoique rarement conscient, entre les valeurs qu'un médecin considère comme importantes (humanisme et aide d'autrui, par exemple), la représentation qu'il se fait de sa profession et de son rôle, et la manière (lieu, type de structure et de pratique) dont il agit professionnellement, par exemple s'il s'intéresse à la prévention ou s'il limite son rôle au curatif.

Les relations entre valeurs, concepts et pratiques ne sont cependant ni linéaires, ni unidirectionnelles (fig. 1).

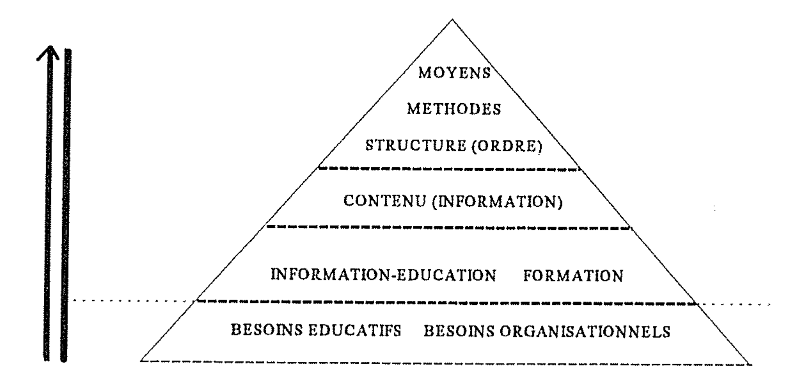


Figure 1 : *Education pour la santé, éducation du patient : démarches institutionnelles.*

En tant que pratiques, l'Éducation pour la santé et l'Éducation du patient n'échappent pas à ce phénomène. Les définir, dans un contexte de médecine générale, revient donc à clarifier les valeurs, concepts, théories et pratiques en question. **Qu'est-ce que la santé, la médecine... Qu'est-ce qu'un patient ? Qu'est-ce que l'éducation pour la santé ?** quelles sont leurs relations et articulations possibles ? Quels choix peut-on y opérer ?

Education... pour la Santé... ?

Même si chaque professionnel de santé possède sa propre définition de la santé, explicite ou implicite à sa pratique, il n'y a pas plus de consensus que de modèle unique. Pour simplifier, Bury (1988) a décrit deux modèles principaux (à partir des travaux d'Engel) de la santé (fig. 2).

		MODELE MEDICAL	MODELE GLOBAL
	1	Modèle fermé	Modèle ouvert
SYSTEME	2	La maladie est principalement organique	La maladie résulte de facteurs complexes, organiques, humains et sociaux
DE	3	Elle affecte l'individu	Elle affecte l'individu, la famille et l'environnement
SANTE	4	Elle doit être diagnostiquée et traitée (approche curative)	Elle demande une approche continue, de la prévention à la réadaptation, qui tienne compte des facteurs organiques, psychologiques et sociaux
	5	Par des médecins	Par de professionnels de santé travaillant en collaboration
	6	Dans un système autonome, centré autour d'hôpitaux, dirigés par des médecins	Dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté

Figure 2 : Modèles de santé

Ces modèles s'avèrent plutôt des modèles de la maladie (qui est l'objet de la comparaison), et s'adaptent parfaitement à une réflexion sur l'éducation... du patient, la prévention (des maladies) et l'éducation pour la santé dans un contexte médical.

De la même manière, il n'existe pas une seule éducation, et l'on peut y distinguer deux logiques principales: l'enseignement, centré sur celui qui éduque, et l'apprentissage, centré sur celui qui "est éduqué". Les modèles et définitions qui en découlent induisent des pratiques d'éducation très différentes, voire opposées (fig. 3).

	LOGIQUE D'ENSEIGNEMENT **centrage sur l'enseignant**	**LOGIQUE D'APPRENTISSAGE** **centrage sur l'apprenant**
Nature du savoir	SAVOIR-OBJET, THEORIQUE	SAVOIR-ACTION, PRATIQUE
Objectifs éducatifs	TRANSMISSION DE SAVOIR	ACQUISITION DE COMPETENCES
Acteurs	BIPOLAIRE : ENSEIGNANT-ENSEIGNE	MULTIPOLAIRE : EDUCATEUR-APPRENANT-PAIRS
Type de contenu	GENERALISTE, COMMUN A TOUS	COMMUN, ET SPECIFIQUE A CHACUN
Programmation de l'Educ.	PAR THEMES ET MATIERES	CONTENU COORDONNE ET INTEGRE
Lieu de définition des objectifs	L'ENSEIGNANT	L'APPRENANT ET L'ENSEIGNANT

Figure 3 : Modèles d'éducation

Ces définitions, bien que simplifiées et incomplètes, indiquent déjà plusieurs choix possibles et plusieurs types d'Éducation pour la santé. En croisant les modèles de santé et d'éducation, on obtient quatre modèles d'Éducation pour la santé, dont les extrêmes sont: "activité d'enseignement de savoirs sur la santé vue comme un phénomène biologique et objectif", et "activité d'aide à l'apprentissage de sujets relatifs à la santé vue comme un phénomène subjectif et objectif, biopsychosocial".
Ces définitions ne sont pas nécessairement exclusives, mais peuvent être comprises comme une série emboîtée, l'apprentissage incluant une part d'enseignement et la santé-adaptation incluant l'idée de bien-être et faisant référence aussi à la maladie (ou à son absence).

Quatre éléments sont communs à toutes ces définitions :

1) la communication de savoirs : sans elle, il ne peut y avoir d'acte éducatif. Une mesure de vaccination obligatoire peut prévenir des maladies et maintenir la santé, mais elle ne constitue pas de l'éducation pour la santé. Selon la vision que l'on a de l'éducaion, il s'agira de transmission (unilatérale), de transfert, d'échange ou de reconstruction mutuelle des savoirs. Entre celui de l'éducateur, plutôt objectif et professionnel, et celui de l'apprenant, plutôt subjectif et lié à l'expérience personnelle.

2) l'objectif de santé (ou de maladie): si l'action d'éducation n'a pas comme objectif explicite d'améliorer la santé, il me semble abusif de parler d'Éducation pour la santé. Certaines conceptions voient l'Éducation pour la santé comme une éducation à la vie... pourquoi pas ? Mais alors, pourquoi parler d'Éducation pour la santé ? L'éducation physique contribue sans doute à l'éducation générale, mais elle en est une partie, avec sa spécificité...

3) l'intention d'éducation : le "projet" éducatif est porté au moins par l'"éducateur", personne ou institution. Sur un plan éthique, il serait souhaitable que le destinataire, apprenant, public,... soit aussi conscient et porteur de l'intention éducative, ici d'apprendre. Tout acte humain est porteur d'expérience et donc d'apprentissage. On pourrait donc dire qu'il est éducatif. Le fait qu'un patient apprenne, par expérience et sans intention, à associer "oubli de prendre un médicament" et "incident ou rechute" constitue-t-il de l'éducation pour la santé ? L'éducation ne peut se concevoir en l'absence d'un "éducateur", proche ou éloigné, présent de fait ou par médiation (brochure, affiche, programme informatique...) . Si l'éducation est communication de savoir (échanges, transfert...), peut-on communiquer seul ?

4) La durée: toute éducation s'inscrit dans le temps et la durée. Un acte "de transmission de savoir" isolé, non répété, qui n'articule pas les apprentissages qu'il vise dans une chronologie peut difficilement être considéré comme de l'éducation. Tout au plus serait-il de l'information de santé, dans le sens de "founir des informations-savoirs".

Par ailleurs, même si l'Éducation pour la santé vise les modes de vie favorables à la santé, elle ne s'arrête pas aux comportements et au "savoir faire". Aider une personne, un patient, à apprendre à se sentir et à être capable d'agir sur sa santé, à se sentir et à être responsable (dans la mesure du possible) de sa santé, à avoir envie de maintenir ou améliorer sa santé, à prendre conscience de risques ou d'enjeux de santé, c'est aussi de l'Éducation pour la santé. Ces objets et objectifs d'éducation, qui ne sont pas des "comportements de santé", mais les composantes psychologiques et psychosociales de ces comportements, sont aussi des "sujets et matières de santé" constitutifs des savoirs transmis dans l'acte éducatif.

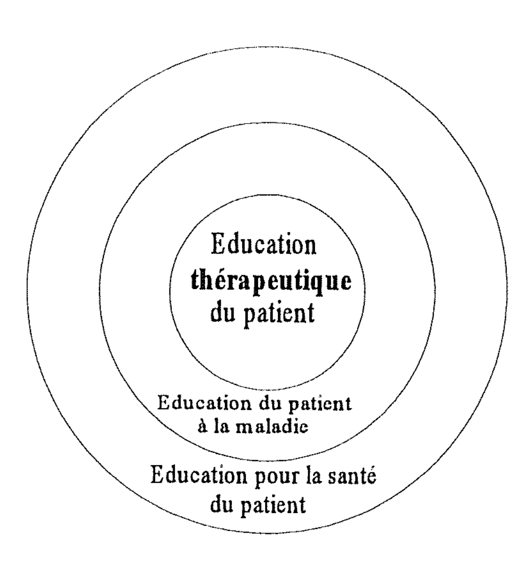
Les distinctions sont bien plus faciles à dire qu'à faire et, dans la pratique, il n'est pas toujours aisé de savoir quand on fait ou non de l'Éducation pour la santé. Et même s'il n'est pas souvent important de fixer des frontières dans l'action, il me paraît nécessaire d'au moins prendre conscience de l'équivoque possible et du flou existant. Car sinon, comment agir et évaluer quelque chose que l'on ne peut ou ne veut définir? Si l'évaluation de l'éducation est nécessaire, elle ne prend de sens qu'en fonction de ce que l'on vise et de ce que l'on fait réellement. L'accompagnement psychologique des patients (et des familles), la psychothérapie impliquent une part d'apprentissage volontaire et intentionnel (et donc d'éducation), mais tout ce qui est éducatif (pour la santé) n'est pas de la psychothérapie, et inversément.

Education pour la santé... du patient ?

Les personnes, groupes ou publics, auxquelles s'adresse l'Éducation pour la santé peuvent être distinguées, d'un point de vue de santé, en "bien-portants" et en "malades" (chez qui l'on a posé un diagnostic de maladie) : dans ce dernier cas, l'Éducation pour la santé vise plus à "apprendre la maladie" que la santé, l'un n'excluant pas l'autre. Plus encore, l'Education du Patient peut s'inscrire dans le cadre de mesures thérapeutiques, c'est-à-dire du traitement prescrit, et vise alors spécifiquement l'observance de ces traitements, et les comportements de soins des patients. Certains préfèrent l'appellation "**Education thérapeutique du patient**". Pour désigner l'éducation plus largement dirigée vers la maladie (plutôt que vers la santé) et le malade, on parle d'"**Education du patient à sa maladie**". Dans le même ordre d'idées, si l'on définit le patient comme étant une "personne qui souffre", l'Education du patient et son objet prennent encore un sens particulier.

Pour des raisons pratiques, liées aux lieux et nature de la "relation éducative", j'ai choisi, à partir des visions et discours des professionnels des soins, d'accepter la définition suivante du "patient" : "personne engagée volontairement dans une relation de soins avec un professionnel des soins". Le patient y est alors défini en fonction de sa démarche (consulter) et de son "interlocuteur" (professionnel de soins), et non en fonction de son état. Pour un obstétricien, une femme enceinte en consultation est une patiente... , pour un dentiste, une personne en consultation pour un examen préventif est un patient... sans que cela n'implique de souffrance ou de maladie.
Plus encore, reconnaissant qu'un "patient chronique" ne pouvait être considéré comme malade lorsqu'il est "bien équilibré", en état stable, situation courante dans la prise en charge du diabète, de l'hypertension, de l'asthme, etc..., l'OMS (Kaplun et al 1992) propose le concept de "personne malade en bonne santé" (Healthy ill people) pour désigner cet état. Le paradoxe n'est qu'apparent.

L'éducation du patient peut ainsi être considérée, au sens large, comme une éducation pour la santé, dirigée vers des personnes ou groupes engagées dans une relation de soins. Elle comprend donc tant l'éducation pour la SANTE que l'éducation à la MALADIE, regroupant du même coup tous les types de prévention: primaire, secondaire, tertiaire, voire quaternaire et autre... ou du moins les aspects "éducatifs" de la prévention (voir plus loin). Le terme d'"**Education pour la santé du patient**" me semble dans ce cas le plus adéquat et le plus apte à englober toutes les pratiques éducatives (cf fig. 4)



EDUCATION(S) DU PATIENT

1 - THERAPEUTIQUE:
Contribue au diagnostic et au traitement

2 - A LA MALADIE:
Contribue à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être

3- POUR LA SANTE:
Contribue à l'ensemble de la santé, hors de la maladie.

Figure 4 : Education(s) du patient...

On le voit, l'éventail des pratiques et des définitions est large, chacune impliquant des choix .
Dans la suite des choix conceptuels expliqués ci-dessus, nous avons retenu la définition suivante de l'éducation du patient:
"L'éducation du patient est un processus continu, par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procéduresde soins, le traitement, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, participer aux soins, prendre en charge son état de santé, et favoriser un retour aux activités normales. Ce processus s'effectue entre des acteurs (Institution, soignants et patients et familles), vise des objectifs de santé définis à partir de demandes et de besoins, se réalise dans un contexte institutionnel et organisationnel impliquant certaines ressources et contraintes, utilise des méthodes et moyens éducatifs et nécessite des compétences et des structures de coordination" (Deccache et Lavendhomme, 1989).

Outre le fait d'intégrer des choix particuliers, quant aux notions de santé, d'éducation, de patient..., la définition proposée ci-dessus situe la relation de soins et d'éducation dans un contexte institutionnel, et porte à trois les types d'acteurs impliqués. Il est en effet démontré que la nature, la structure et le projet de l'institution (cabinet de médecine générale ou spécialisée, centre de santé, clinique, hôpital, association de patients...) influencent le type d'éducation réalisée. On ne fait pas de l'éducation -

prévention du tabagisme auprès des personnes souffrant d'asthme, de la même manière (contenus, moyens, méthodes, acteurs) dans un service hospitalier de pneumologie-allergologie, dans un "département de protection de l'environnement" d'une mairie, dans une association de patients asthmatiques ou dans le cabinet de consultation d'un médecin généraliste. On peut donc s'attendre à ce que les effets de l'éducation y soient différents (sensibilisation collective au risque, mesures d'hygiène de vie, acceptation du handicap éventuel, ou comportements thérapeutiques). Les types d'évaluation qui en découlent sont différents, de même que les méthodes et objets d'évaluation: évolution des savoirs des patients, des composantes psycho-sociales de leur situation, de leurs comportements de santé, de leur observance (ou compliance), voire de la morbidité ou de la mortalité, etc...

De plus, en intégrant l'information, l'enseignement et l'apprentissage comme composantes de l'éducation, la définition proposée met l'accent sur la variété des actions possibles, et surtout sur la place du temps et de la durée dans l'Éducation pour la santé.

Santé, maladie, prévention, promotion de la santé

Le rôle de santé publique du médecin généraliste (conseils, dépistage, vaccinations, examen de santé,...) devient donc autant un rôle de prévention des maladies que de maintien et d'amélioration de la santé.
Dans le champ des maladies, de nouvelles approches de la santé existent donc aussi. Chez la personne souffrant d'une affection aiguë, il n'y a, par rapport à son état du moment, qu'une approche possible, et elle est thérapeutique, curative. Chez celle qui est atteinte d'une maladie chronique, l'approche thérapeutique s'est étendue du curatif (impossible à atteindre en raison de la chronicité), vers le préventif (éviter les rechutes, éloigner les complications et les crises, stabiliser l'état et si possible l'améliorer). Cette vision de la médecine, novatrice il y a quelques années encore, a été la base du développement des programmes de réhabilitation (cardiaque, pulmonaire,...), et d'éducation du patient! Elle va plus loin maintenant, et **l'objectif de santé y revient à chercher à maintenir et développer les potentialités et capacités d'adaptation et d'équilibre des personnes atteintes d'affections chroniques**. Cela n'exclut ni le besoin de thérapie et de curatif (to cure), mais donne un nouveau sens aux soins (to care), et les étend à un nouveau domaine, hors de celui des prescripteurs, celui des patients.
La relation entre prévention, éducation pour la santé, éducation du patient et promotion de la santé devient ainsi plus claire: les trois premières "activités" font partie de la promotion de la santé, mais n'en sont qu'une partie (fig. 5).

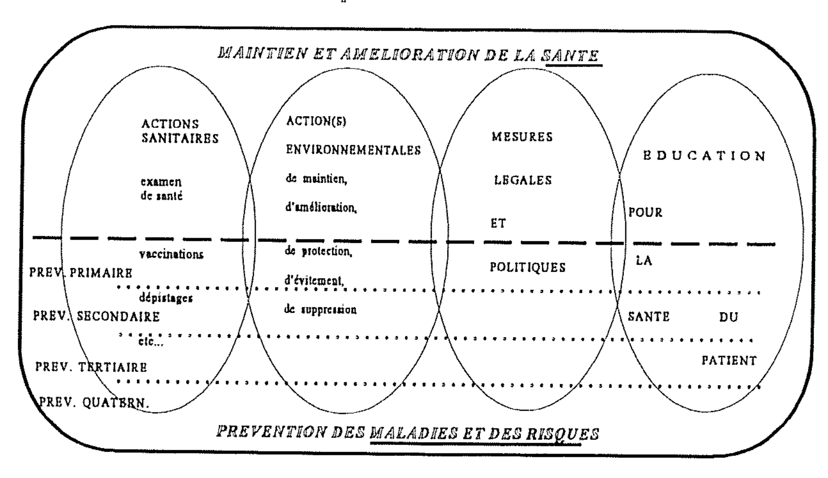


Figure 5 : Promotion de la santé : prévention de la maladie et maintien de la santé.

Parmi les domaines de la promotion de la santé se retrouvent donc des activités sanitaires (médicales), éducatives, légales, et environnementales, les deux premières étant du ressort des professionnels de santé. Ceux-ci peuvent à titre professionnel ou encore comme citoyens s'intéresser aux aspects environnementaux et légaux de la promotion de la santé, par la participation à des groupes de pression ou encore l'action politique. Chaque domaine a deux volets, correspondant aux deux logiques de santé: la prévention de la maladie et le maintien ou l'amélioration de la santé. Pour Tones (1992), pour qu'il y ait promotion de la santé, il faut à la fois des activités d'éducation et d'autres actions, sanitaires, sociales ou légales.

Le médecin généraliste est donc tout autant sinon plus que le médecin spécialiste et le praticien hospitalier, concerné par la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. Autant, parce que l'éducation "sanitaire" des patients est un élément de qualité de la médecine, un critère d'amélioration de l'efficacité des soins, et de leurs effets sur la santé. Plus, parce que le médecin de famille a plus que tout autre une légitimité à s'intéresser à la santé (et non seulement à la maladie) de "ses" patients, dont il connaît souvent mieux que d'autres les projets, les conditions et les difficultés de vie, choses qui restent souvent, par absence de continuité des soins, hors du champ d'action des autres professionnels des soins.

Enfin, si le sujet de cet article est le médecin généraliste, il me paraît indispensable de rappeler que la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé sont des activités multiprofessionnelles, et concernent toutes les professions de santé, de préférence en coordination. Dans la pratique de ville, infirmiers de soins à domicile, services sociaux, services hospitaliers de consultation spécialisée doivent, sinon agir de concert, du moins éviter l'incohérence, source de confusion et d'incompréhension chez les patients.

L'essai de clarification des concepts que cet article a voulu réaliser s'inscrit dans cette recherche de cohérence, à la fois pratique, puisqu'il est nécessaire de comprendre ce que l'on fait pour le réussir (en accordant objectifs et actions), et éthique, afin de rendre explicite les choix de valeurs et les orientations professionnelles prises, et d'assurer leur adéquation à la pratique.

Références bibliographiques:

Bury J.A. (1988): Education pour la santé: concepts, enjeux, planifications. Ed. de Boeck, collection Savoirs et santé, Bruxelles, 230 p.

Deccache A. et Lavendhomme E. (1989): Information et éducation du patient: des fondements aux méthodes. Ed. de Boeck, collection Savoirs et santé, Bruxelles, 250p.

Kaplun et al. (Ed.) (1992): Health promotion and chronic disease: discovering a new quality of health, World Health Organization, 432 p.

Tones K. (1992): Measuring success in health promotion, HYGIE, Vol XI, 1992/4

PREVENTION, MEDECINE GENERALE ET MILIEUX DEFAVORISES : ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES

Pascale Heremans
Médecin, assistant, Unité d'éducation pour la santé (RESO), Ecole de santé publique, Université catholique de Louvain, Bruxelles.

Le premier but de la Santé pour Tous de l'OMS est de réduire les inégalités face à la santé. Or, on constate dans notre pays que les taux de mortalité et de morbidité sont plus importants en milieux défavorisés que dans le reste de la population. De même, les comportements à risque y sont plus fréquents.

Il y a lieu de se demander si la prévention et l'éducation pour la santé telles qu'elles sont organisées actuellement ne risquent pas de renforcer ces inégalités. En effet,
- Les campagnes médiatiques s'adressent à l'ensemble de la population comme si celle-ci était homogène. De tels messages ne profitent-ils pas mieux aux plus favorisés d'entre nous, finalement, à ceux qui en auraient le moins besoin ?
- Le médecin généraliste, dans le cadre de sa consultation, a la possibilité de donner des conseils personnalisés à ses patients. Cependant, le plus souvent, il attend la demande de ceux-ci. Or, on sait que les milieux les plus favorisés demandent plus spontanément des conseils de prévention à leur médecin traitant que les milieux en difficulté.
- Les centres de dépistage sont aussi plus fréquentés par la couche la plus favorisée de la population.

Vers une médecine à deux vitesses, vers une éducation pour la santé et une prévention à deux vitesses ?

On pourrait penser, comme le font sans doute les gens de milieux défavorisés, que la prévention n'est pas importante pour eux, vu le nombre de difficultés quotidiennes rencontrées (trouver un logement, un emploi, se nourrir, se chauffer,...). Mais, en ne se préoccupant pas de sa santé, ne diminue-t-on pas ses chances de trouver un emploi, et dès lors, se loger, se nourrir, se chauffer, avoir des loisirs ?

La base de la prévention est d'accorder de l'importance à l'avenir. Si, par la prévention, on pouvait réintroduire une notion d'avenir positif au sein des populations en difficulté, sans doute ferions-nous déjà un grand pas en avant vers un mieux-être de ces populations.

Le médecin généraliste est un des acteurs[2] ayant une place privilégiée en matière de prévention et d'éducation pour la santé dans la population en général, et des les milieux défavorisés en particulier[3].

Accessibilité
- financière
- géographique
- nombre de MG

En MD, le recours aux soins le plus courant = le MG, qui est, très souvent, toujours le même

Relation interpersonnelle

Médecin Généraliste

Gestion de l'angoisse et des effets secondaires potentiels

Approche globale et continue

Approche individualisée (~ personnalité, style de vie, contexte familial et socio-culturel)

Proposition de prévention à un moment adéquat

Suivi

MG = médecin généraliste
MD = milieux défavorisés

Position privilégiée du médecin généraliste en prévention

Mais, le médecin généraliste est-il préparé à cette tâche de prévention dans les milieux défavorisés ? Comment cela se passe-t-il en pratique ?

Dans cette optique, nous avons réalisé une enquête exploratoire de type qualitatif par entretien auprès de 18 médecins généralistes de région bruxelloise, confronté plus ou moins fréquemment à des patients dits "défavorisés".

Quelques pistes de réflexion...

La notion de 'patients défavorisés" pour le médecin généraliste

Selon les médecins généralistes, ce concept est très relatif, et très hétérogène. Tous s'accordent pour dire que le critère financier n'est pas le seul à devoir être pris en considération. Les autres critères sont : la culture, le faible niveau d'instruction, d'éducation, de scolarisation, la désorganisation, des critères psychologiques, l'isolement, le

[2] A un problème multifactoriel ne peuvent se présenter que des solutions multiples. La consultation de médecine générale est une des façons d'améliorer la prévention dans les milieux défavorisés, sans pour autant exclure les autres pistes de solution.

[3] Nous sommes bien conscients que le médecin généraliste, dans le cadre de se consultation, ne pourra pas toucher toute la population dite "défavorisée". En effet, une partie de celle-ci ne s'adresse quasiment pas au médecin généraliste (sans-abri, gitans, etc). Cependant, plusieurs personnes défavorisées consultent un médecin traitant. Celles-ci pourraient dès lors bénéficier de plus de prévention via la consultation de médecine générale.

logement, etc.
Deux grandes caractéristiques méritent d'être soulignées selon plusieurs médecins:
- le cumul de plusieurs de ces critères est une condition indispensable pour qu'un patient soit considéré comme défavorisé (un seul critère ne suffit pas),
- ces critères sont inscrits dans le temps.

Plusieurs médecins se disent parfois très surpris, et ne réalisent que fort tard la réalité du patient. La visite à domicile est souvent l'occasion pour le médecin de se rendre compte des difficultés quotidiennes des patients. *Besoin de garder une certaine dignité devant le médecin ? Manque d'attention de la part du médecin ?* Quoi qu'il en soit, on peut se demander les répercussions de cette méconnaissance sur la relation soignant-soigné, la compliance au traitement, la prévention, l'éducation pour la santé.

Les difficultés rencontrées par le médecin avec ce type de patient

Citons quelques difficultés rencontrées par le médecin face à un patient défavorisé
- l'incapacité du patient à sérier, à hiérarchiser les plaintes,
- la difficulté de communiquer (et pas seulement avec les patients qui maîtrisent mal le français...)
- derrière le motif de consultation se cache souvent un problème bien plus grave, ignoré ou non du patient,
- l'urgence, non fondée le plus souvent,
- l'appel : pour rien, ou alors, beaucoup trop tard...
- le manque de suivi, la compliance moindre

Ces difficultés semblent avoir pour origine *le fossé socio-culturel* qui sépare le soignant du soigné. Peu de soignants, en effet, sont nés dans la misère. La distance socio-culturelle est sans doute un obstacle important à une bonne relation médecin-patient.

Les bases d'une relation meilleure

Tous les médecins généralistes ont insisté sur la nécessité d'une relation de qualité pour envisager des activités de prévention auprès des personnes en difficulté. D'après les médecins interviewés, les bases d'une relation meilleure sont :
- tout faire pour essayer de mieux connaître l'autre,
- accorder de la valeur aux représentations de l'autre,
- respecter les différences,
- avoir une attitude d'écoute, d'accueil,
- la simplicité, l'empathie,
- encourager et aider plutôt que de "faire à la place de" (même si cette démarche demande souvent plus de temps au médecin)
- prendre le temps...

La prévention en milieux défavorisés par le médecin généraliste

Les médecins interviewés y croient, une condition indispensable étant de "fidéliser le patient". Mais, pour cela, "nous devons mériter leur confiance".
Les médecins pensent qu'il est utile de tout miser sur l'enfant, espoir d'un lendemain meilleur. Ce qui manque en effet souvent en milieux défavorisés est cette croyance en l'avenir.
En ce qui concerne la vaccination (des enfants comme des adultes), plusieurs médecins pensent que "la balle est dans leur camp". "Quand nous proposons à ce type de patient un vaccin, les refus sont rares". C'est donc au médecin à proposer la vaccination dans ces milieux.
En matière de prévention, plusieurs médecins disent aussi qu'il importe de saisir les opportunités qu'offre le patient. A titre d'exemple, citons la maladie ou le décès d'un proche. "A ce moment, le patient est plus réceptif, et nous pose d'ailleurs des questions de prévention".
Certaines mesures de prévention sont toutefois considérées comme impossibles à envisager par le médecin généraliste en milieux défavorisés : demander au patient de modifier son alimentation, d'arrêter de boire ou de fumer. "On risque de casser un équilibre de vie trop fragile". "Quelque part, on les comprend". "J'ai peur de perdre la confiance de mon patient en lui demandant l'impossible".
Qu'induit-on inconsciemment avec de tels présupposés ? Comment alors motiver le patient à changer de comportement ?

Selon certains médecins, "des techniques sont à inventer pour faire de la prévention en milieux défavorisés". Nous n'en sommes pas sûrs. Ce qui se passe en milieux défavorisés n'est peut-être qu'un effet de loupe de ce qui se passe ailleurs dans la relation soignant-soigné. Une relation soignant-soigné de qualité n'est pas simple. Elle l'est sans doute moins avec un patient défavorisé, vu le fossé socio-culturel qui sépare dans ce contexte le soignant du soigné.

La clé de la réussite ?

Peut-être tous simplement apprendre à considérer le patient pour ce qu'il est vraiment, en respectant ses projets de vie, ses valeurs, sa personnalité, sa culture, ses rêves.

ANALYSE DES SYMPTOMES ET DES PROCESSUS : LECTURE CONTRIBUTIVE A LA PERTINENCE DE L'EDUCATION POUR LA SANTE DANS L'OBJECTIVATION D'UN LIEN ENTRE SANTE ET PRECARITE : CONSEQUENCES PRATIQUES.

F. Martin[1], L. Moret[2], P. Paris[3], I. Aujoulat[4], M.A Michenot[5].

[1]P.H., Unité de Prévention et d'Education - Hôpital Victor Jousselin- F - 28100 DREUX.
[2]P.H., Département d'Information Médicale - Hôpital Victor Jousselin - F - 28100 DREUX.
[3]P.H., Centre Médico-psychologique - Hôpital Victor Jousselin - F. 28100 DREUX.
[4]Coordonnatrice, Unité de Prévention et d'Education - Hôpital Victor Jousselin - F - 28100 DREUX.
[5]Responsable du réseau Santé/Précarité, Unité de Prévention et d'Education - Hôpital Victor Jousselin - F - 28100 DREUX.

A l'exception «de la misère physiologique », classiquement décrite dans la nosographie médicale chez les patients les plus démunis fréquentant surtout les hospices du siècle passé (et maintenant les couloirs des urgences), il n'est pas si facilement admis qu'il existe un lien entre précarité sociale et vulnérabilité aux processus morbides...

En France, il a effectivement fallu attendre le rapport du Haut Comité de Santé Publique en 1994 pour légitimer la précarité comme un déterminant de santé. En médecine hospitalière, dans le modèle biomédical et dans le cadre de la classification internationale des maladie (CIM9), il est difficile d'identifier les problèmes de santé liés à des déterminants sociaux. Pour expliquer ces problématiques, à partir d'une étude prospective longitudinale réalisée parmi 300 patients hospitalisés, en précarité, différents éléments sont proposés.

1) Imprécision de la « catégorisation » diagnostique de ces patients.

Comme le montrent *les tableaux 1, 2 et 3* de cette étude de 299 patients, la description des maladies et symptômes par catégories majeures de diagnostics, est peu contributive, en raison de la multiplicité des diagnostics de leur imprécision et de l'absence de conséquences pratiques en termes de prise en charge médico-sociale.

Tableau 1

- *Hommes 52 %*
- *Age moyen : 40.9 ans + 12.2*
- *(18-65 ans)*
- *<35 ans : 35%*
- *>50 ans : 25%*

Tableau 2

- *Séjour mono-service dans 92% des cas*
- *2 services - 7%*
- *3 à 5 serv. - 1%*
- *Durée du séjour :*
  - *6.1 jrs (+5.6) dans le service (hors psy)*
  - *6.9 jrs (+7.6) dans l'hôpital*

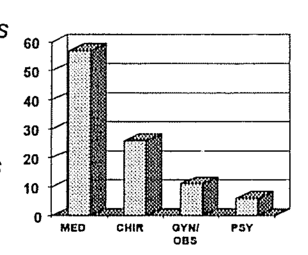


Tableau 3

CMD :	**Fréquence**
Psychiatrie/TS	*26%*
Digestif	*9%*
Génito-urinaire	*8%*
Signes et symptômes	*7%*
Grossesse	*3%*
Traumatologie	*7%*
Pneumologie	*6%*
Tumeurs	*7%*
Autre CMD	*27%*

La catégorie majeure de diagnostic (CMD) la plus fréquente figure à la rubrique « autres », la seconde CMD, par la fréquence, est représentée par les diagnostics psychiatriques, pathologies mentales et tentatives de suicide (TS) qui, aux dires des psychiatres, représentent plutôt des pathologies du « mal-être » que des maladies psychiatriques bien précises.
Enfin, il n'y a pas de différence de fréquence de ces CMD avec un échantillon alléatoire de personnes non précarisées.

2) Déterminants de santé, symptômes et pathologies des patients précarisés.

Parmi le même groupe de 299 patients hospitalisés, un regroupement des pathologies et symptômes en fonction de déterminants de santé (alcool, tabac) fait apparaître des différences significatives avec un échantillon aléatoire de patients hospitalisés non précarisés. *(Tableau 4).*

Tableau 4

	Population précarisée	Echantillon alléatoire
	. 299 patients . Age moyen : 40,9 ±12,2 .* DMS : 6,9 ±7,6	. 300 patients . Age moyen :40,3 ± 13,8 . DMS : 4,97 ± 7,85
Determinants «lourds» . Alcool . Tabac	28 % (21 %) ** (7%)	19 %
Maladies chroniques (asthme, endocrino,cirrhose)	22 % *	21 %
Pathologies mentales (TS, dépressions)	15 %	10 %
Cancérologie	12 %	11 %
Traumatologie	13 %	11 %
Symptômes mal définis	13 %	9 %

En termes de durée moyenne de séjour, il existe aussi une différence significative pour les patients précarisés présentant des maladies chroniques.

Au total, de manière réductrice et non exclusive, contributives en termes d'éducation pour la santé ou d'organisation de l'offre de soins, il est identifié quatre groupes de pathologies et symptômes liés à la précarité : des pathologies du « mal-être » ; des affections secondaires à une intoxication à l'alcool et/ou au tabac ; des affections chroniques (et/ou cancérologiques) ; de la traumatologie.

3) Outils contributifs à une meilleure connaissance des patients en difficulté sociale.

a) **L'échelle perceptuelle de santé de Nottingham**, validée en français (D. Buquet), a été administrée à ces 300 patients.

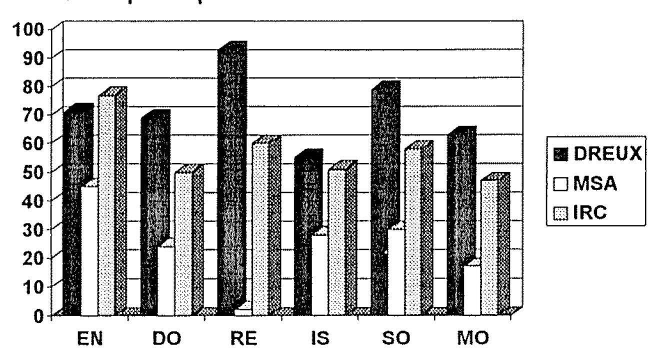
Les scores des six domaines explorés (énergie, douleur physique, réactions émotionnelles, isolement social, sommeil, mobilité physique) ont été comparés à ceux de patients insuffisants respiratoires, trachéotomisés et ventilés à domicile (scores élevés dans les différentes dimensions de l'échelle perceptuelle) et aux scores d'une cohorte de personnes saines, non hospitalisées, non précarisées (échantillon de 400 personnes).

Comme les *tableaux 6 et 7* le démontrent, les scores les plus élevés se retrouvent, dans quasiment toutes les dimensions, chez les patients hospitalisés en précarité sociale.

Comparativement à une population d'insuffisants respiratoires chroniques non précarisés, présentant un handicap médical particulièrement lourd (trachéotomisés et ventilés), le groupe de patients précarisés présente pourtant une surmorbidité perçue dans pratiquement toutes les dimensions.

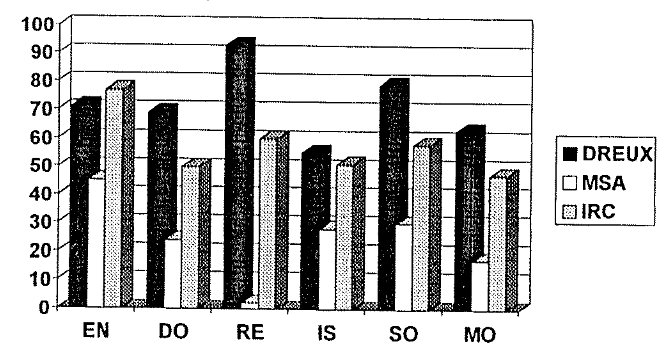
La précarité semble agir comme un facteur aggravant, multiplicateur, particulièrement en ce qui concerne la perception des réactions émotionnelles et la qualité de sommeil, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 6



MSA : Echantillon de 400 sujets sains travaillant à la MSA
IRC : Echantillon de 124 patients Insuffisants respiratoires chroniques ventilés à domicile

Tableau 7



MSA : Echantillon de 400 sujets sains travaillant à la MSA
IRC : Echantillon de 124 patients Insuffisants respiratoires chroniques ventilés à domicile

Ce sont les patients présentant une pathologie du « mal-être » qui présentent les scores les plus élevés sur l'échelle perceptuelle.

Tableau 8

Alcool	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Tabac	NS	*	NS	NS	NS	NS
TrPsy	*	NS	NS	**	*	***
Traumat	NS	*	NS	NS	NS	NS
Cancers	NS	NS	NS	*	NS	NS
Signes	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Mal Chroniq	NS	NS	NS	NS	NS	NS

NS : Non significatif - * : p<0.05 - ** : p<0.01 - *** : p<0.001 - **** : p<0.0001

b) En **termes d'événements de vie**, le *tableau 9* témoigne du retentissement des différents événements de vie (décès, séparation, problèmes relationnels avec la police, prison, procédures judiciaires, vols) sur la dimension émotionnelle de l'échelle perceptuelle. Bien que le questionnaire d'événements de vie proposé aux patients précarisés n'ait pas pu être administré à un groupe témoin, les résultats en sont particulièrement significatifs :

Tableau 9

Liaisons ISPN et vnements de vie

	Emotions	Energie	Douleur	Mobilit	Sommeil	Isol
Dcs	***	NS	NS	NS	*	*
Spar	*	NS	NS	NS	NS	***
Pbrelat	****	NS	NS	NS	*	****
Prison	*	NS	NS	*	NS	*
Procd.	*	NS	NS	NS	*	*
Vol	****	NS	NS	NS	NS	***

NS : Non significatif - * : $p<0.05$ - ** : $p<0.01$ - *** : $p<0.001$ - **** : $p<0.0001$

42% des personnes précarisées ont été victimes du vol d'un objet important dans l'année précédant l'étude,

1. 36% ont subi le décès d'un proche dans l'année écoulée,
2. 27% sont impliqués dans une procédure judiciaire,
3. 12% ont fait l'objet d'une condamnation pénale,
4. 8% ont eu des problèmes avec la police,
5. 26% ont eu des problèmes relationnels avec l'administration et/ou leurs voisins.

Ces événements de vie permettent d'objectiver l'anfractuosité de leur trajectoire de vie et leur **vulnérabilité** dans leur environnement social.

c) **Objectivation du lien social**

Trois niveaux de lien social ont été repérés :
- Niveau I : réseau familial, professionnel, de proximité
- Niveau II : réseau familial, de proximité
- Niveau III : aucun réseau social.

Le *tableau 10* précise la répartition entre ces différents niveaux de support social et la fréquence des pathologies.

Tableau 10

	%	Maladies chroniques	Pathologies mentales %	Alcool %	Cancer %	Symptmes %	Tabac %
Rseau damis (prof. + proximit)	48,5	24	8	22	12	10	8
Famille	37,5	23	16	18	12	16	7
sans	14	10	29	24	12	17	2
P		NS	10^2	NS	NS	NS	NS

Ce sont les patients présentant une pathologie mentale qui ont le plus de difficultés à structurer un réseau relationnel.

Par ailleurs, le *tableau 11* montre que les scores de l'échelle perceptuelle de santé sont d'autant plus élevés que le lien social est déficitaire.

Tableau 11

			Indice de santé perceptuelle			
	Age moyen *NS*	**Score de dépression** *p<10-4*	**Energie** *p<10-4*	**Emotions** *p<0.05*	**Isolement** *p<10-4*	**Sommeil** *p<10-2*
Niveau 1	39.4	5.2	47	38	27	35
Niveau 2	41.2	6.9	57	45	32	44
Niveau 3	4.4	8.7	62	61	53	52

Cette constatation démontre, une fois de plus, l'importance du support social dans la démarche d'accompagnement de ces personnes en précarité sociale.

d) Une évaluation des **représentations de santé** a été tentée avec la méthodologie décrite par Houtaud (Houtaud A. : Image de la santé. Presses Universitaires de Nancy 1994). Les représentations des 299 patients en précarité ont été comparées aux représentations de 11000 consultations sains du Centre de Médecine Préventive de Santé de Nancy.

Il a été retrouvé dans le groupe de patients une représentation très **fataliste** de la maladie, puisque 52% ont estimé qu'ils ne pouvaient pas échapper au processus morbide (contre 25% dans la population de référence).

Ces quelques constatations n'ont pas pour but d'être un travail exhaustif d'épidémiologie analytique, il s'agit simplement de délimiter les contours d'une constellation de problématiques de santé qui, compte tenu de leur référence à un groupe social, peut être qualifiée de **vernaculaire.**

Le modèle biomédical habituel ne suffit pas pour objectiver les problématiques ainsi grossièrement repérées, seul un modèle bio-psycho-social, permettant de prendre en compte ces personnes dans une démarche globale, peut être contributif.
En termes d'offre de soins, il est étonnant que 84% de ces patients précarisés, hospitalisés puissent référer à un médecin généraliste clairement identifié (*tableau 12*), soulignant ainsi que les difficultés de l'accès aux soins ne résument pas les problématiques de santé liées à la précarité.

Tableau 12

	Homme	Femme	Total
Mdecin traitant	82%	85%	84%
Pas de mdecin	18%	15%	16%
Total	100%	100%	N=299

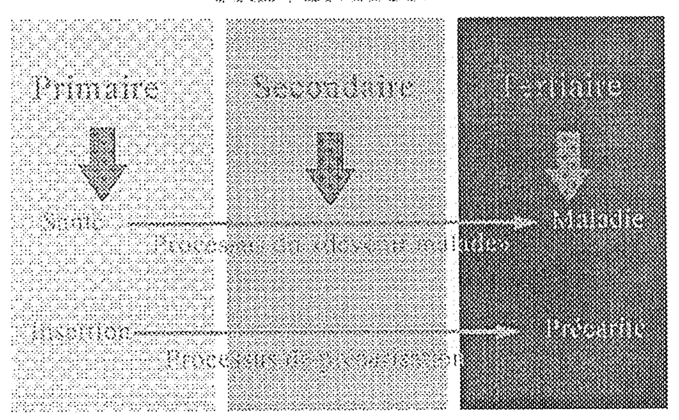
4) La contribution de l'éducation pour la santé

Les problèmes de santé liés à la précarité s'inscrivent dans une constellation de facteurs bio-psycho-sociaux qui se déclinent dans la durée du cheminement d'un processus morbide. Ainsi la première cause de mortalité des personnes en difficulté sociale qu'est le cancer bronchique, témoigne de l'évolution ultime d'un processus tabagique à l'égard duquel l'offre de soins hospitalière ou ambulatoire est démunie.
Appréhender la durée d'un processus morbide est particulièrement difficile dans le système bio-médical, l'ensemble des « plateaux » et des compétences techniques étant surtout conçus pour répondre à l'instantanéité de l'acte diagnostic ou thérapeutique.

Pour les patients en difficulté sociale, atteints de maladies chroniques, le processus d'exclusion se superpose aux processus morbides en en démultipliant les effets délétères. *(tableau 13).*

Tableau 13

PREVENTION



La prise en compte du symptôme, de la multiplicité des déterminants de santé, de la durée des processus morbides, nécessite un cadre qui interface le médical et le social, le curatif et le préventif, l'individuel et le collectif.
Centrée sur l'acquisition de compétences, au moyen d'activités non prescriptives, **l'éducation pour la santé** est le domaine pertinent d'accompagnement de ces personnes en difficultés médico-sociales.
Le cadre d'intervention nous semble pouvoir être le **réseau**, qui est multiprofessionnel, moins hiérarchisé, communiquant, interactif, permettant d'articuler curatif/préventif, médical/social, individuel/collectif.
Des problématiques communes nous semblent devoir être maîtrisées par les intervenants des réseaux en ce qui concerne :

- les **représentations** : du corps, de la santé, de la maladie par les patients, par les médico-sociaux.
- la **communication** avec les patients, avec les partenaires du réseau.
- l'identification du **lien social**
- la gestion de **la durée** dans l'accompagnement.

Le déficit de lien social, le poids de trajectoires de vie douloureuses, la vulnérabilité socio-culturelle participent à la perte progressive de l'estime de soi, ne permettant plus une mobilisation des patients dans un projet de santé.

Une « reconstruction » identitaire, individuelle et/ou collective, le retissage du lien social, et la redécouverte du « goût du large », comme l'écrit Saint-Exupéry, sont sans doute des médiations nécessaires à mettre en œuvre pour contribuer à la maîtrise d'un processus morbide.

« Si tu veux bâtir un navire, ne rassemble pas les hommes pour aller chercher du bois, distribuer les rôles et partager le travail, apprends leur plutôt, le goût du large.. ».

Saint-Exupéry.

Une monographie de l'étude citée et des références bibliographiques sont disponibles à l'Unité de Prévention et d'Education, Mme Perihan Colaklar - Centre Hospitalier de Dreux, 44 avenue Kennedy - BP69 - 28102 DREUX Tel/Fax : 02.37.51.54.59 E-Mail : UPE.chgDREUX@wanadoo.fr

LE COMITE FRANCAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE ET LES MILIEUX DEFAVORISES : VERS UNE APPROCHE INTEGREE

Brigitte Sandrin-Berthon, Médecin, CFES

Quand j'ai commencé à travailler au Comité français d'éducation pour la santé (CFES), en 1993-94, la campagne médiatique sur l'alcool avait pour slogan : *"Tu t'es vu quand t'as bu ?"*. Le moins que l'on puisse dire est que je ne me sentais pas tout à fait en phase avec ce ton accusateur et culpabilisant. De nouveaux spots étaient alors en préparation avec ce même slogan et il se trouve qu'on m'a demandé mon avis sur les scénarios. L'un d'entre eux prévoyait de montrer un jeune homme qui, après une soirée trop arrosée, se rendait compte au petit matin qu'il venait de passer la nuit avec un boudin : c'était le terme particulièrement élégant choisi par le scénariste pour désigner la jeune fille. Une voix off concluait par cette phrase non moins élégante : *"Tu t'es vu quand t'as bu"* sous entendu *"Tu te rends compte avec quoi t'es capable de passer la nuit quand t'as trop bu, il est temps que tu te ressaisisses"* Allez savoir pourquoi, je me suis bêtement identifiée au boudin. Ce n'était pas prévu. Je me suis permis de dire aux auteurs du scénario que l'image qu'ils donnaient de la femme et de la relation amoureuse ne correspondaient pas tout à fait aux valeurs que je souhaitais promouvoir. Ils m'ont dit que j'avais sans doute raison, que cette histoire risquait de déplaire aux féministes : ils ont donc inversé le scénario. La version finale montre une jeune fille qui se réveille avec horreur aux côtés d'un boudin de sexe masculin... Je me suis alors sentie très incomprise.

À la même époque, la campagne sur le tabac avait pour slogan : *"L'énergie c'est pas fait pour partir en fumée"*. L'un des spots montrait un gardien de but complètement submergé par des ballons qui arrivaient en tout sens. L'image bougeait à toute vitesse. Nous avons bien sûr regardé ce spot en avant première. Je n'ai rien compris. Je l'ai dit. On m'a seulement répondu : *"C'est pas grave, ça s'adresse aux jeunes, eux ils comprennent, c'est leur culture."*... Je me suis sentie exclue.

Juste un mot encore à propos de la campagne sur la vaccination Rougeole Oreillons Rubéole. Elle montre une jeune femme chic, propre sur elle, qui descend de voiture, une Renault Espace, avec son bébé. On la retrouve chez elle un peu plus tard, en fin de journée, vêtue d'un déshabillé soyeux, couchant son enfant, toujours fraîche, pimpante, impeccablement coiffée et maquillée, sans doute prête à accueillir son époux. Bref, l'image même d'une mère de famille nombreuse, après une dure journée de labeur et quelques heures de transpiration dans les transports en commun. Nous étions quelques uns à regretter la présentation un peu idyllique de la réalité. Il nous fut répondu que les téléspectateurs ont besoin de rêve, d'évasion et qu'on n'allait tout de même pas tourner un spot dans une HLM de banlieue.

Et les populations défavorisées ? Comment étaient-elles prises en compte à l'époque au CFES ? Un médecin épidémiologiste, Omar Brixi, avait été recruté pour faire l'évaluation du plan santé ville. Ce plan finançait des actions innovantes menées auprès des publics démunis, sur le thème de la santé. C'était donc lui qui s'occupait du dossier "populations défavorisées". Il travaillait en lien avec les services déconcentrés de l'État et avec les associations locales. Tous les autres projets concernant les publics réputés difficiles lui était attribués d'office : santé en milieu carcéral, petits déjeuners dans les écoles des quartiers pauvres... À l'époque on a eu beaucoup de mal à lui trouver un bureau pour travailler. Après avoir occupé différentes pièces de la maison, il s'est finalement retrouvé au deuxième étage, entre la salle de réunion et les services financiers, à l'écart des autres chargés de mission dont les bureaux étaient tous à l'étage supérieur.

Qu'en est-il aujourd'hui ? En ce qui concerne les campagnes, les slogans ont changé *"Et vous, avec l'alcool vous en êtes où ?", "La vie sans tabac, vous commencez quand ?"* Je note avec satisfaction que le tutoiement a laissé la place au vouvoiement, que la forme interrogative a remplacé la forme accusatrice ou péremptoire, trop pleine de certitude. Quant au dossier "populations défavorisées", il n'existe plus en tant que tel. Chacun se sent, plus ou moins, concerné. Le médecin épidémiologiste est devenu chef de service et son bureau est au troisième étage, au cœur de l'action.

Ce que je vous raconte là vous paraît peut-être bien anecdotique et sans grand rapport avec le thème de cette journée scientifique. Je vais donc m'efforcer maintenant de vous expliquer les liens que je fais entre ces différents événements.

- D'où venait le malaise que j'ai ressenti en découvrant les spots publicitaires ?
- D'où vient le changement de ton des campagnes ?
- Quel rapport entre cette évolution et les populations défavorisées ?

Depuis une vingtaine d'années, le CFES utilise la télévision et les techniques publicitaires pour communiquer sur la santé à une très grande échelle, c'est-à-dire en direction d'un public très nombreux. Les professionnels de terrain, quant à eux, développent progressivement des méthodes, des outils pédagogiques d'éducation pour la santé pour travailler au plus près de la population, à l'échelle beaucoup plus modeste d'une école, d'un quartier, d'une entreprise, d'une prison. Il y a encore peu de temps, les deux approches co-existaient mais s'ignoraient presque. Les professionnels de la communication en santé publique et les professionnels de l'éducation pour la santé n'avaient pas le sentiment de faire le même métier. Le malaise que j'ai ressenti est né de la brutale confrontation de ces deux logiques: la logique publicitaire et la logique éducative. La première repose sur l'idée qu'on peut modifier les comportements dans le domaine de la santé de la même manière que dans le domaine de la consommation. Pour inciter les téléspectateurs à renoncer au tabac, on utilise les même méthodes que pour les inciter à acheter des cigarettes. On a recours à la séduction, à la familiarité, au rêve, à la dérision. On parle de public-cible, de stratégie de communication, d'impact, de fléchage. La logique éducative, quant à elle, préfère susciter l'interrogation, prendre en compte la pluralité des déterminants de santé et la complexité des comportements. Elle se réfère à des valeurs qui sont

bien éloignées de celles du commerce et de la société de consommation : la dignité du sujet, le respect des différences, la solidarité.

Les professionnels des comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé reprochaient souvent aux campagnes du CFES d'être en décalage avec leurs pratiques. Le CFES reprochait souvent au comités départementaux et régionaux de ne pas se faire le relais des campagnes nationales. Je pense que deux éléments ont contribué, ces dernières années, à faire quelques brèches dans ce mur d'incompréhension réciproque. Plusieurs éducateurs pour la santé de terrain ont été recrutés au CFES. Cette institution est donc devenue un lieu permanent de confrontation des deux logiques et le dialogue a pu progressivement s'établir. Par ailleurs, l'équipe du service communication a été profondément remaniée. Certaines des personnes qui en font partie maintenant travaillaient auparavant sur le thème du sida et connaissaient donc bien les associations de patients et les professionnels militants particulièrement actifs dans ce domaine. D'autres avaient une expérience de la communication associative, notamment au sein du Secours populaire. Tous avaient, depuis longtemps, compris l'intérêt d'une articulation entre les campagnes nationales et les actions de proximité.

La situation a donc beaucoup évolué en quelques années. Un séminaire sur la communication a réunion l'an dernier des professionnels de santé publique, des agences de communication, des éducateurs pour la santé de terrain. Un ouvrage paraîtra bientôt pour rendre compte de ce qu'ils se sont dit. Un groupe de travail a été créé entre les différents partenaires pour mieux articuler les campagnes nationales aux actions locales. Le service communication envoie chaque semaine à tous les comités des informations sur ses activités. Il reste encore beaucoup de choses à faire. Toutes les divergences ne sont pas aplanies, loin de là. Mais il me semble que le ton des campagnes a changé et qu'il est sans doute mieux adapté aux actions de proximité.

En quoi cela concerne-t-il les populations défavorisées ?
En 1990, dans le Journal américain de santé publique, est paru un article* intitulé *"Y a-t-il un public difficile à atteindre ?"* Les auteurs ont étudié les raisons pour lesquelles certains groupes sont considérés comme difficiles à atteindre par les campagnes de communication : par exemple les personnes socio-économiquement défavorisées ou bien les personnes d'origine étrangère ou bien les personnes illettrées. Ils avancent l'hypothèse que ce sont les regards, les appréciations que nous portons sur ces personnes, et les modes de communication que nous utilisons, qui les rendent inatteignables et non pas leurs caractéristiques propres. En faisant une revue de la littérature, ils ont ainsi mis en évidence que ces publics sont communément victimes de quatre préjugés de la part des professionnels de la communication en santé.

1. A leur sujet, on parle souvent de fatalisme. On dit que ces personnes sont habitées d'un sentiment permanent d'impuissance qui les amène à penser que "De toute façon, la maladie on n'y peut rien."

2. Deuxième préjugé : le manque de compétences pour traiter l'information. Différents auteurs affirment que même si ces populations sont au contact de l'information, elles ne savent pas en tirer profit. Elles auraient notamment des difficulté d'abstraction.

3. Troisième hypothèse fréquemment évoquée dans la littérature : ces personnes seraient difficiles à atteindre du fait de leur accès limité aux canaux de communication. Elles utiliseraient des sources d'information peu fiables (beaucoup la télévision, jamais la presse écrite). Elles auraient peu de contact avec l'extérieur et s'enfermeraient dans un véritable ghetto d'information.

4. Enfin, il existerait une méfiance de leur part vis-à-vis des institutions. Ces personnes n'utiliseraient pas les ressources mises à leur disposition par crainte que l'on veuille exercer un contrôle sur elles.

Les auteurs de l'article pensent que ces préjugés creusent un fossé infranchissable entre les professionnels et les populations défavorisées, étrangères ou illettrées. Que les publics que l'on dit difficiles à atteindre le sont surtout à cause du regard que les professionnels portent sur eux.

Mais dans leur recherche bibliographique, ils ont aussi découvert d'autres modes de représentations qui sont à l'origine de pratiques différentes et qui démontrent que ces populations ne sont pas si inatteignables qu'on le dit. Ils présentent ainsi des alternatives.

1. Et si, pour commencer, nous mettions l'accent sur les différences plutôt que sur les déficits ; si nous privilégiions l'idée que les difficultés que nous rencontrons avec ces personnes ne sont pas liées à leur manque de compétences ou d'aptitudes mais plutôt à des différences entre elles et nous (différences de culture, de niveau de ressources, de fonction sociale, d'origine ethnique, de manière d'apprendre...). Si les gens, quels qu'ils soient, sont motivés pour acquérir une information et si cette information est adaptée à leur mode de vie, alors ils savent l'utiliser. En parlant de personnes démunies, défavorisées, désavantagées, nous mettons toujours l'accent sur leurs manques, sur leurs faiblesses et jamais sur leurs ressources personnelles. Est-ce vraiment le meilleur moyen de renforcer l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes ?

2. Les auteurs constatent aussi qu'il vaudrait mieux blâmer la société que les personnes. Les actions de communication ne devraient pas s'intéresser qu'aux responsabilités des individus. Les campagnes sur la ceinture de sécurité conseillent aux automobilistes de "la boucler". Elles pourraient peut-être encourager les constructeurs à produire des véhicules moins dangereux. Les campagnes contre le cancer se focalisent sur la façon dont les personnes choisissent de manger. Elles pourraient s'adresser davantage aux industries agro-alimentaires.

3. Troisième alternative : au lieu de délivrer une information, ne pourrions-nous pas la construire avec les destinataires ? Si l'on délivre une information, celle-ci apparaît comme une vérité, valable quelles que soient les personnes et les circonstances. Si on construit l'information à partir d'un dialogue avec son interlocuteur, celle-ci est alors profondément adaptée, attachée à ceux qui l'ont produite.

Ces alternatives débouchent sur des recommandations concernant les campagnes de communication dans le champ de la santé. Je vais seulement vous en citer brièvement quelques unes : concevoir les campagnes à partir d'entretiens approfondis avec les personnes auxquelles elles sont destinées, associer le public à la diffusion de l'information, prolonger les campagnes par des lignes téléphoniques ou des services qui permettront à la population de dialoguer avec des personnes compétentes sur le sujet de la campagne, etc.

Je pense qu'au CFES, l'instauration d'un dialogue entre les professionnels de la communication et les éducateurs pour la santé de proximité a déjà permis de mettre en œuvre certaines de ces recommandations. Un pas qualitatif a donc été franchi alors même que nous n'avons pas encore réfléchi collectivement à la meilleure manière de prendre en compte les besoins des populations défavorisées. En voulant seulement rendre plus cohérentes entre elles les actions nationales et les actions de proximité, nous avons vraisemblablement déjà commencé à réduire le fossé qui nous sépare des populations défavorisées.

Je trouve intéressant que nos réflexions se soient d'abord focalisées sur nos pratiques plutôt que sur les publics démunis. C'est un sujet que nous avons souvent évoqué au sein du groupe qui a préparé ces deux journées. Nous disions que les personnes en grande précarité produisaient un effet de loupe : les difficultés que nous rencontrons avec elles, quand on veut faire de la prévention, ne sont pas de nature différente de celles que nous rencontrons avec d'autres publics. Elles sont seulement plus accentuées. Je crois que les compétences et les méthodes dont nous avons besoin pour travailler avec elles dans le domaine de l'éducation pour la santé sont les mêmes que celles dont nous avons besoin pour travailler avec n'importe quel public. Simplement, quand nous ne disposons pas de ces compétences et de ces méthodes, les difficultés que nous rencontrons sont d'autant plus grandes que le public auquel nous nous adressons est plus éloigné de nous. Il me paraît difficile, voire dangereux, de considérer les choses autrement :

- difficile parce qu'on a de de toute façon bien du mal à définir cette population, à la circonscrire ;

- dangereux parce que dire que l'éducation pour la santé auprès de ces populations nécessite des compétences et des méthodes spécifiques, différentes de celles qu'on utilise pour le reste de la population, est une forme de stigmatisation. Cela renvoie à l'idée de citoyen de seconde zone. Si nous ne savons pas accompagner certains publics dans une démarche éducative, donnons-nous les moyens d'acquérir les compétences nécessaires. Ne disons pas trop vite que ces publics sont impossibles à atteindre et qu'il faut inventer pour eux des techniques particulières. Comme le disait Luc Berghmans hier, si l'on reconnaît des responsabilités éducatives au médecin généraliste, il faut qu'il se donne les moyens de les exercer de manière non discriminée.

Pour conclure je voudrais vous faire part d'une remarque formulée par un de mes collègues, Fabien Tuleu, quand je préparais cette intervention. Il fait partie de ces professionnels récemment recrutés au CFES et qui viennent du terrain. Il m'a dit à peu près ceci : *"S'il nous a paru tellement important de mieux articuler les campagnes nationales aux actions de proximité, c'est parce qu'en travaillant quotidiennement avec la population dans les quartiers, dans les zones d'éducation prioritaires, dans les missions locales qui accueillent les jeunes en difficulté d'insertion, nous étions constamment confrontés au décalage entre les beaux discours sur la santé et la réalité de la vie. Ce sont donc ces personnes, que l'on dit défavorisées, qui nous ont, d'une certaine manière, questionnés, interpellés, et qui nous ont finalement poussés à améliorer nos pratiques, à mieux faire notre travail éducatif. Et c'est l'ensemble de la population riche ou pauvre, française ou étrangère, qui bénéficiera de ce progrès qualitatif."*

Tout cela n'est qu'un début bien sûr. Nous avons beaucoup de progrès à faire. Les campagnes médiatiques coûtent très cher. Il est de notre responsabilité de ne pas gaspiller l'argent public, surtout quand on prétend s'intéresser aux personnes démunies. Dans notre programme de travail il est prévu en 1999, de consacrer une partie du budget à une enquête auprès de ces personnes pour qu'elles nous disent elles-mêmes ce qu'elles pensent de tout cela. Ce sera je crois, très enrichissant pour nous. On en reparlera...

* Freimuth V. S., Mettger W. *Is There a Hard-To-Reach Audience ?* American Journal of Public Health, vol. 105 : n° 3 ; p. 232-238, 1990.

ANNEXES

ANNEXE 1

BIBLIOGRAPHIE

AIACH P. (1995). La société au miroir des inégalités de santé in Inégalités, santé, exclusion, Revue Prévenir, 28, 29-35.

AIACH P., BON N., DESCHAMPS JP., Comportements et santé, Questions pour la prévention, Presses universitaires de Nancy, 1992.

Alimentation et populations défavorisées, Santé public, Question santé, janvier 1995.

ALLOO M.-J. (1991). Définition et perception de la problématique de santé auprès de bénéficiaires des CPAS. Mémoire présenté dans le cadre de la Licence en Sciences Hospitalières et Médico-Sociales, UCL, Ecole de Santé publique, Département des Sciences Hospitalières, Louvain-en-Woluwe.

ANDRES B., « Des soins à la promotion de la santé : place des médecins généralistes dans la lutte contre l'"exclusion ». Mémoire de diplôme de santé publique et communautaire. Ecole de santé publique. Faculté de Nancy, mai 1996.

ARBOREELIUS E., BREMBERG S., Prévention in practice, how do general practitioners discuss life-style with their patients ? Patient education and counselling, 23, 1994, pp 23-31.

ATD-Quart Monde, Action Santé Culture Quart Monde, 28 octobre 1995.

AVALOSSE H. (1996). Santé et inégalités sociales. M-Dossier 25. Département Recherche et Développement ANMC, Bruxelles.

BARTHELEMY L., MOISSETTE A., WEISBROD M., Alimentation et petit budget, la Santé en action, ed. CFES, 1993.

BEAULIEU MD., Guide canadien de médecine préventive, groupe d'étude canadien sur l'examen clinique périodique

BERGHMANS L., LEVEQUE A., PIETTE D., Médecins généralistes, prévention et éducation pour la santé, Santé pluriel n°12, Promes, ULB, 1993.

BERGHMANS L., BOUTSEN M., SWENNEN B., WANLIN M., La prévention en médecine générale, Ecole de Santé publique, ULB.

BERTOLOTTO F. (1996). L'éducation pour la santé face à la "fracture sociale", Actualité et dossier en santé publique, 16, septembre 1996, 29-31.

BERTOLOTTO F. et al, Ville et santé, ed. CFES, Décembre 1995, 269p.

BEYART A., les pauvres en Belgique : essai de détermination de leur nombre et de leurs revenus, Cahier économique de Bruxelles, 1977, 75, pp 373-406.

BONNIN F., MICHAUD C., FATRAS JY., MALLET V., Santé et publics démunis en Europe, Séminaire 16-18 mai 1994, Besançon (France), Ed. CFES, 1995.

CARTON B., NEIRINCKX P.M. (1994). Rapport général sur la pauvreté, réalisé à la demande du Ministre de l'Intégration sociale, Par la Fondation Roi Baudoin, en collaboration ave ATD Quart-Monde Belgique et l'Union des Villes et Communes belges section CPAS, Bruxelles : Fondation Roi Baudoin.

COLIN C., LAVOIE JP., POULIN C., les personnes défavorisées, Les publications du Québec, 1989.

COLIN C. OUELLET F., BOYER G. MARTIN C. (1992). Extrême pauvreté, maternité et santé, Montréal : Saint-Martin.

DAHLGREN G. et WHITEHEAD M., Politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé, OMS, Copenhagen 1992.

DE SPIEGELAERE M., DRAMAIX M., HENNART P. (1996). Inégalités sociales et prévention : le statut vaccinal des adolescents. Rev. Epidém. et Santé Publ., 44, 228-236.

DECCACHE A. et al. (1990), La santé des milieux défavorisés. Synthèse de données épidémiologiques, sociologiques, culturelles et psychologiques collectées dans le cadre du projet "Education pour la santé en milieux défavorisés" réalisée à la demande de M. le Ministre de la Santé de la Communauté française de Belgique, Bruxelles, janvier 1990.

DELPIERRE V., LAPERCHE J., Résumé des rapports de rechreche (LEVAQUE A. et ROUBAIS J., Education pour la prévention, ULB, 1993). Fédération des maisons médicales.

DESCHAMPS J.-P. (1997). Tous acteurs de la santé. Education Santé, 115, 2-5.

D'IVERNOIS J.F., L'éducation du patient asthmatique : temps et moments. In Asthme: maladie chronique et le temps pour guérir, sous la direction de J.-L.RACINEUX, 11ème séminaire du GREPA, 28-30 mars 1996.

D'IVERNOIS J.F. et al, la santé des enfants et des familles du quart-monde, Centre international de l'enfance, Paris, 1988.
Dossier « pauvreté et santé », interview du Dr P. HENDRICK, Revue Contact n°60.

DUNNIGAN L., GRAVEL N. (1995). La femme et la société : pauvreté, isolement, monoparentalité. La santé des femmes, fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Québec : FMOQ, EDISEM/MALOINE, 895-909.

DUSSART AF., PREVOST M., Les comportements alimentaires des adultes en Belgique et dans la CEE, Santé pluriel n°6, 1991.

ELGHOZI B. et al, Le médecin généraliste acteur sanitaire et social, Créteil solidarité, Département de formation et recherche, CFES-DAS-DGS-DIV-FMC94, Février 1995.

Enquête : baromètre santé Médecins 1994/1995, le généraliste et la santé, *(à compléter)*

FARACI I. (1990). Pauvreté-précarité : une première analyse avec... Moc Info, 2, 2-9.

FATRAS JY., GOUDET B. ? RMI et santé, La santé en action, ed. CFES, Paris 1993, 320p.

Fédération des Maisons médicales, Agir ensemble en prévention : 1995 :bilan d'une année dynamique, d'échanges et de projets autour de la prévention avec 23 maisons médicales.

FILEE D., HALBARDIER V., RIFFON A., ANDRIEN M., Prévention du cancer et pauvreté, CERES, ULG, Septembre 1996.

GODIN I. (1993). La culture des familles et leur santé. Arch. Public Health, 51 (1-4), 89-96.

GORIS A. et FLORENCE B., Kinésithérapie en milieux défavorisés, Courrier de la Fédération des Maisons médicales n°7, Février 1997.

GRENIER JL., BULLE M., DELEPAUT A., la santé dans nos quartiers, c'est la santé de nos quartiers.

HENDRICK P., La découverte de la santé : une expérience à Molenbeek.

HERCBERG et al, Nutrition et santé publique, approche épidémiologique et politique de prévention, paris, 1985, 709p.

HEREMANS P., DECCACHE A., Prévention, médecine générale et milieux défavorisés : enquête auprès de médecins généralistes bruxellois, RESO-UCL, 1997.

HERMANS H. et al. (1995). Vers une enquête de santé par interview en Belgique, Rapport du travail de préparation, IHE-programme 3152, IHE/EPISERIE n°3, Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Service Epidémiologie, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège, Administratie Gezondhzeidzorg, Vlaamse Gemeenschap, Direction Générale de la Santé, Communauté française.

HERNIAUX JP., Pauvreté, qu'est-ce à dire ? Vivre aujourd'hui : les nouvelles pauvretés, n°2, décembre 1982

HOUGRAND A., Quart-monde et alimentation, mamoire de graduat en diététique, Institut provincial d'enseignement supérieur paramédical, Liège, 1987-1988.

La prévention en médecine générale, Santé et Communauté n°18, octobre 91.

LANG T. et al. (1990). Hôpital, médecine du travail et correction des inégalités dans le domaine de la prévention. Rev. Epidém. et Santé publique, 38, 281-286.

LAPERCHE J., La prévention en médecine générale, un malentendu vulnérable ?

LEMAIRE G., DREZE P., Pauvreté et santé, Contact n°60, pp5-21.

Les buts de la santé pour tous, La politique de santé de l'Europe, version actualisée, OMS, septembre 1991.

LEVEQUE A. et al, Style de pratique en médecine générale et activités de prévention en Communauté française de Belgique (soumis pour publication)

LEVEQUE A., Education pour la prévention, Rapport de recherche 1 mars 1992 - 28 février 1993.

MANCIAUX M., L'enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux, Paris, 1987, pp 749-758.

MARTIN F., Description de l'état de santé global (physique, mental et social) de 300 personnes en précarité sociale au centre de Dreux en 1995.

MASUY-STROOBANT G., Social inequalities in perinatal health, Biol neonate, 1989 ; 55 : 42-49.

OUDET O., PISSARO B., Les médecins généralistes libéraux face aux situations de grandes pauvreté, Santé publique 1993, n°4-5, pp 24-

PARE F. et al, Stratégies de prévention en médecine générale, audit et pesrpectives, santé publique 1996, n°3, pp 201-214.

PEETERS EG., PEC L., La santé, un capital à préserver, Guide de médecine préventive, Edition de l'Homme, Belgique, 1984, 322p.

PIETTE D., Les inégalités de santé, Santé pluriel n°2, 1990, PROMES, ULB.

PIETTE D., Les chemins de l'éducation pour la santé : mettre à profit la consultation de médecine générale, Cahier du Germ n°186, 1985.

PIETTE D., Education pour la santé des familles les plus démunies.

ROTILY M., MICHAUD C., Nutrition et populations urbaines défavorisées : synthèse bibliographique et propositions, dossier du CFES, mars 1993.

SANDRIN-BERTHON B., AUJOULAT I., OTTENHEIM C., MARTIN F., L'éducation pour la santé en médecine générale : de la fonction curative à la fonction éducative, Université d'été, Château de Mialaret (Corrèze) du 4 au 7 juillet 1996, ed du CFES, octobre 1997.

SCHAETZEL F., QUEROUIL O., Etat de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes, Novembre 1991.

Statistiques de décès en Communauté française pour l'année 1988, Communauté française de Belgique, Ministères de la culture et des affaires sociales, direction générales de la santé, Institut d'hygiène et d'épidémiologie.

STOFFELS M-Gh., Le Quart-Monde en Belgique, Annales Cardijn n°6, 1989.

SWINNEN T., de laprévention en médecine générale, Patient care, février 1996.

TAYLOR C., Le Quart-monde, acteur et partenaire. Construction d'un cadre problématique de la santé et élaboration d'un projet de promotion « santé et alimentation », Mémoire RESO-UCL, 1989.

TONGLET R., Quart-monde et santé : évaluation d'un projet de promotion de la santé en milieu sous-prolétaire. Mémoire de Licence Spéciale en Santé Publique, ULB, 1984.

TRIAGALET P. (1995), Dossier saisonnier : La pauvreté. Nursing Today, 6, décembre 1995, 24-25, 27-33.

VAN BOXEL A., Etude sur la prévention en médecine générale, Association contre le cancer, septembre 1995.

WATKINS S.J. (1992). Le chômage et la santé. Santé du Monde, novembre-décembre 1992, 18-19.

WRESINSKI J., Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport au conseil économique et social. J.O., avis et rapport du Conseil économique et social, 1987 ; 6 : 104p.

ANNEXE 2

LISTE DES PARTICIPANTS

APPELMANS Anne-Marie, médecin généraliste, Bruxelles, Belgique.
ASNONG Ingrid, coordinatrice, Bruxelles, Belgique.
AUJOULAT Isabelle, coordinatrice, Dreux, France.
BACHELARD-COPPIN Elisabeth, médecin généraliste, Lagny, France.
BARNICH Jean-Marie, Luxembourg (G-D-L).
BERGHMANS Luc, médecin généraliste, Havre, Belgique.
CASADO Veronica, médecin généraliste, Valladolid, Espagne.
DANDRES Bruno, médecin généraliste, Bezons, France.
DE RIDDER Henri, médecin généraliste, Gent, Belgique.
DECCACHE Alain, professeur UCL-RESO, Bruxelles, Belgique.
DESSARD Alain, médecin généraliste, Liège, Belgique.
DI PASQUALE Alessandro, médecin généraliste, Rimini, Italie.
DUVAL Stéphane, médecin généraliste, Liège, Belgique.
FERNANDEZ ALONSO Carmen, médecin généraliste, Valladolid, Espagne.
FERRY Jean-Pierre, médecin généraliste, Audincourt, France.
GILLES Jean-Marie, médecin généraliste, Bruxelles, Belgique.
GRENIER Jean-Louis, diabétologue, Roubaix, France.
HAUSSER Dominique, médecin en santé communautaire, Lausanne, Suisse.
HENDRICK Pierre, médecin généraliste, Bruxelles, Belgique.
HEREMANS Pascale, médecin généraliste, Bruxelles, Belgique.
JATES Petra, étudiante médecine, Bruxelles, Belgique.
JUNG Nicole, médecin généraliste, Luxembourg (G-D-L).
LAMBOTTE Christine, médecin généraliste, Barvaux, Belgique.
LAPERCHE Jean, médecin généraliste, Bruxelles, Belgique.
LEVASSEUR Gwénola, médecin généraliste, Rennes, France.
LUZ Antonio, médecin généraliste, Lisbonne, Portugal.
MARTIN François, pneumologue, Dreux, France.
MICHEL Christian, médecin généraliste, Neufchateau, France.
MICHENOT Marie-Andrée, Dreux, France.
MIDDLETON Olivier, médecin généraliste, Villepinte, France.
MOREL Jacques, médecin généraliste, Bruxelles, Belgique.
NARDI Roberto, médecin généraliste, Bisuschio, Italie.
OTTENHEIM Corine, Dreux, France.
REY Fabrice, médecin généraliste, Colombes, France.
ROSSI Camillo, médecin généraliste, Bisuschio, Italie.
RUELLE Viviane, médecin généraliste, Namur, Belgique.
SANDRIN-BERTHON Brigitte, médecin de santé publique, Vanves, France.
SCHOENE Marc, médecin généraliste, Saint-Denis, France.
SEYS Bruno, médecin généraliste, Bruxelles, Belgique.
VANDENBROUCKE Anne, médecin spécialiste, Bruxelles, Belgique.
VERCRUYSSE Bernard, médecin généraliste, Bruxelles, Bruxelles.

ANNEXE 3

ADRESSES DES PARTENAIRES

BELGIQUE

RESO
Unité d'Education pour la Santé
Université catholique de Louvain
Centre Faculté, -1
av E. Mounier, 50
1200 Bruxelles

Prof. Dr A. DECCACHE,
Directeur du projet
Tel : 32.2.764.50.70
fax : 32.2.764.50.74

Dr P. HEREMANS
Chercheur principal
Tel : 32.2.764.50.77
Fax : 32.2.764.50.74

OBSERVATOIRE DE LA SANTE DU HAINAUT
Rue St Antoine, 1
7021 Havre

Dr L. BERGHMANS
Tel : 32.65.87.27.00
Fax : 32.65.87.27.23

FEDERATION DES MAISONS MEDICALES
Chaussée de Waterloo, 255/12
1060 Bruxelles

Dr J. LAPERCHE
Tel : 32.2.534.44.46
Fax : 32.2.534.20.97

FRANCE

CFES
Rue Auguste Comte, 2
92170 Vanves

Dr B. SANDRIN-BERTHON
Tel : 33.1.41.33.33.33
Fax : 33.1.41.33.33.90

CENTRE HOSPITALIER
av du Président Kennedy, 44
28000 Dreux Cedex

Dr F. MARTIN
Tel : 32.2.37.51.53.10
Fax : 33.2.37.51.53.97

IRPEPS
Bd Lacordaire, 26
59056 Roubaix Cedex 1

Dr J-L. GRENIER
Tel : 33.3.20.99.30.40
Fax : 33.3.20.99.30.05

LUXEMBOURG

60, rue CM Spoo
4323 Esch s/ Alzette

M. J-M. BARNICH
Tel : 352.021.242.271
Fax : 352.45.72.69